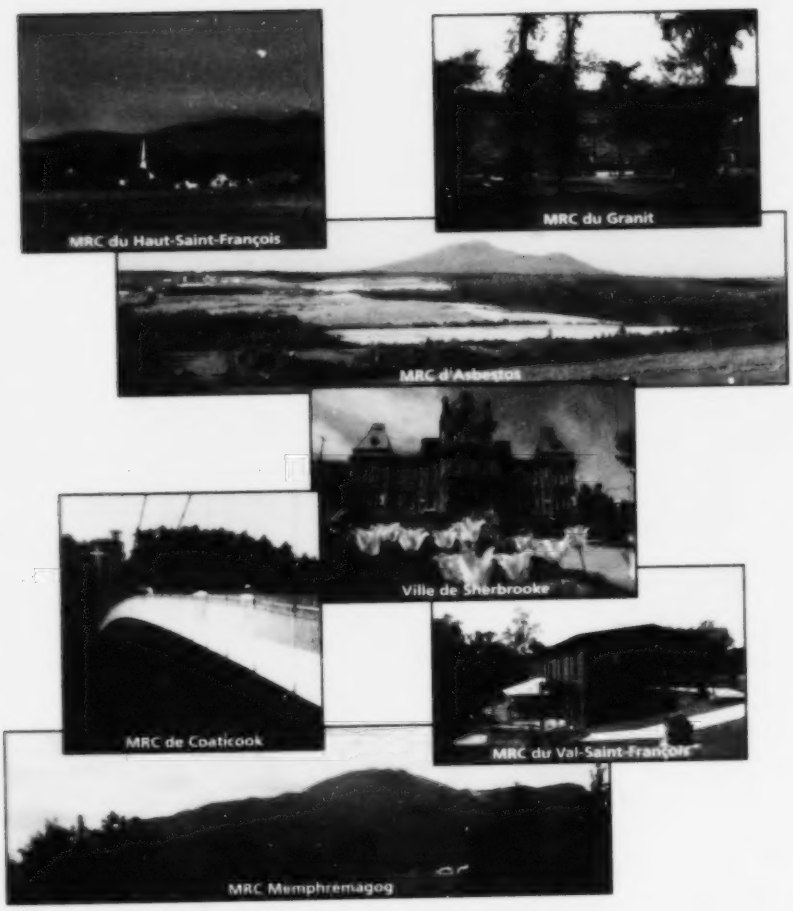
Québec

Rapport annuel de gestion 2004-2005



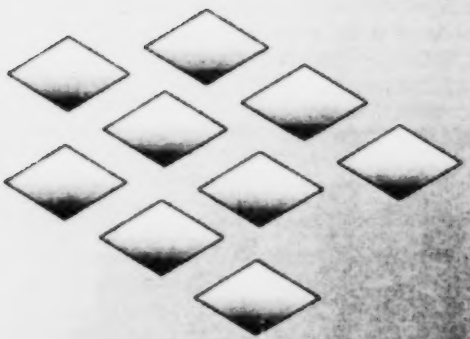
ESTRIE

Agence de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux de l'Estrie

106-01694/

Agence
de développement
de réseaux locaux
de services de santé
et de services sociaux
Québec
Estrie

Rapport annuel de gestion 2004-2005



Adopté par le conseil d'administration
Le 17 octobre 2005

Ce document a été produit par :

Agence de développement de réseaux locaux
de services de santé et de services sociaux de l'Estrie
300, rue King Est, bureau 300
Sherbrooke (Québec) J1G 1B1
Téléphone : (819) 566-7861
Télécopieur : (819) 569-8894

Coordination
Direction des ressources humaines et des communications

Rédaction
Toutes les directions de l'Agence

Graphisme de la page couverture
Direction des ressources humaines et des communications

Révision des textes, mise en page et correction
Direction des ressources humaines et des communications

Diffusion
Direction des ressources humaines et des communications

Dépôt légal
ISBN 2-921776-36-7
Bibliothèque nationale du Québec
Bibliothèque nationale du Canada

Toute reproduction totale ou partielle est autorisée à condition de mentionner la source.

Pour obtenir copie de ce document, vous pouvez communiquer avec la Direction des ressources humaines et des communications de l'Agence, au numéro suivant : (819) 566-7861, poste 42548. Ce document est également disponible sur le site Internet de l'Agence, à l'adresse suivante : www.santeestrie.qc.ca/agence.

Table des matières

Avant-propos iii

1. Le message du président-directeur général 1

2. La déclaration sur la fiabilité des données 3

3. Le rôle et l'état général du fonctionnement de l'Agence 5

   3.1 La mission 5
   3.2 Le territoire couvert et sa population 5
   3.3 Le plan d'organisation 5
   3.4 Le réseau d'établissements de santé et de services sociaux 6
   3.5 Les organismes communautaires 6
   3.6 Le conseil d'administration 7
   3.7 Le code d'éthique et de déontologie du conseil d'administration 7
   3.8 Le Forum de la population 7
   3.9 La Commission infirmière régionale de l'Estrie : sa composition et ses principales activités 8
   3.10 La Commission médicale régionale de l'Estrie : sa composition et ses principales activités 10
   3.11 La Commission multidisciplinaire régionale de l'Estrie : sa composition et ses principales activités 10
   3.12 Le Département régional de médecine général : sa composition et ses principales activités 12

4. Les activités de l'Agence et des établissements de la région 15

   4.1 Le programme de santé publique 15
   4.2 Le programme des services généraux – activités cliniques et d'aide 27
   4.3 Le programme pour les personnes en perte d'autonomie liée au vieillissement 31
   4.4 Le programme en déficience physique 33
   4.5 Le programme en déficience intellectuelle et en troubles envahissants du développement 35
   4.6 Le programme pour les jeunes en difficulté 39
   4.7 Le programme sur les dépendances 42
   4.8 Le programme en santé mentale 44
   4.9 Le programme en santé physique 46
   4.10 La gestion des bâtiments 58
   4.11 Les affaires médicales 59
   4.12 L'accès aux services 59

   4.13 Les ressources humaines 60
      4.13.1 La gestion des ressources humaines 60
      4.13.2 Le développement régional des ressources humaines 61

   4.14 Les ressources informationnelles 62
      4.14.1 Les ressources informationnelles régionales 62
      4.14.2 Le Technocentre régional 63
      4.14.3 Les ressources informationnelles à l'Agence 63

   4.15 La qualité des services et la gestion des risques 63
      4.15.1 La protection des droits des usagers et des usagères 63
      4.15.2 La qualité des services 65
      4.15.3 La gestion des risques 65

5. Les organismes communautaires 69

5.1 Le respect des règles et des normes de gestion 69
5.2 Le contrôle de la conformité 69
5.3 Les organismes communautaires et leurs secteurs d'activités 69

6. Les données financières 71

6.1 Le rapport de la direction 71

6.2 Les états financiers de l'Agence 72
6.2.1 L'état des résultats du fonds d'exploitation et du fonds des activités régionalisées pour l'exercice terminé le 31 mars 2005 73
6.2.2 Les états des soldes de fonds des fonds d'exploitation, des activités régionalisées et d'immobilisations pour l'exercice terminé le 31 mars 2005 73
6.2.3 Les bilans des fonds d'exploitation, des activités régionalisées et d'immobilisations au 31 mars 2005 74
6.2.4 Le bilan combiné des fonds affectés au 31 mars 2005 74
6.2.5 L'état de la provenance et utilisation des fonds et du solde du fonds des fonds affectés pour l'exercice terminé le 31 mars 2005 75
6.2.6 L'état d'allocation de l'enveloppe régionale des crédits pour l'exercice terminé le 31 mars 2005 76
6.2.7 Les notes aux états financiers 76

6.3 Les allocations des ressources financières aux établissements 81
6.3.1 Les allocations 2004-2005 81
6.3.2 Les autorisations d'emprunt 82
6.3.3 L'objectif de retour à l'équilibre budgétaire 82

6.4 L'allocation des ressources financières aux organismes communautaires 83

Les annexes

Annexe 1 - L'organigramme de l'Agence de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux de l'Estrie au 31 mars 2005

Annexe 2 - Le code d'éthique et de déontologie des administrateurs

Avant-propos

En vertu des articles 385.7, 385.8 et 391 de la Loi sur les services de santé et les services sociaux, le rapport annuel d'une agence doit contenir tous les renseignements que le ministre peut prescrire. Le rapport annuel de gestion de l'Agence de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux de l'Estrie (Agence) pour 2004-2005 veut donc répondre aux exigences de la loi et du ministère de la Santé et des Services sociaux (Ministère) quant à l'information que celui-ci doit obtenir, conformément aux circulaires 2004-003 et 2004-008.

Enfin, le conseil d'administration de l'Agence tient à souligner la collaboration étroite et soutenue du personnel de l'Agence ainsi que celle des établissements et des organismes communautaires, au maintien et à l'amélioration de la santé et du mieux-être de la population estrienne.

1. Le message du président-directeur général

L'implantation des réseaux locaux de services

Dès 1995, la Régie régionale de la santé et des services sociaux de l'Estrie mettait tout en œuvre pour rapprocher les services de santé et les services sociaux du milieu de vie des gens. La mobilisation des conseils d'administration et des dirigeants des établissements à mission locale (CH, CLSC, CHSLD) a conduit à la fusion des établissements locaux hors Sherbrooke.

En 2004, la Loi sur les agences de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux (Loi 25) a permis de terminer la réorganisation des services :

- en maintenant les sept territoires locaux, soit celui de la Ville de Sherbrooke et des six autres MRC de l'Estrie;
- en intégrant le CLSC de Sherbrooke à l'Institut universitaire de gériatrie de Sherbrooke;
- en excluant le Centre hospitalier universitaire de Sherbrooke de l'instance locale de la Ville de Sherbrooke.

En juin 2004, le ministre a formellement reconnu et désigné chacun de ces sept établissements comme « instance locale » de leur territoire respectif et a procédé à l'émission des lettres patentes.

Suite à la publication du cadre de référence sur le projet clinique qui vise essentiellement l'amélioration de l'accessibilité, de la continuité et de la qualité des services, suite également au dépôt du projet de loi 83 qui vise l'harmonisation de la Loi sur les services de santé et les services sociaux, le ministre confiait aux agences le mandat de soutenir les centres de santé et de services sociaux dans la mise en place des réseaux locaux de services.

En janvier 2005, dans le cadre de ce mandat, le conseil d'administration de l'Agence adoptait un plan d'action qui avait fait l'objet de travaux importants de la part d'un groupe de travail qui l'avait recommandé à la Table de concertation établissements/Agence. Ce plan vise essentiellement à soutenir les centres de santé et de services sociaux dans la mise en place des réseaux locaux de services en regard du cadre de référence ministériel sur le projet clinique. Il propose de retenir une démarche de gestion de projet tel qu'élaborée par les associations d'établissements (Association des CLSC et des CHSLD du Québec / Association des hôpitaux du Québec). De plus, il s'inscrit en continuité avec les autres directives du Ministère, telles : les orientations ministérielles au regard des programmes/services, l'accessibilité aux services pour les anglophones, l'analyse différenciée selon les sexes et les ententes de gestion.

L'Agence a tenu ou participé à plusieurs rencontres d'information pour présenter les objectifs poursuivis par le projet clinique et les rôles dévolus à chacun des partenaires concernés. Par ailleurs, dans la foulée du lancement des réseaux locaux par le Ministère en janvier 2005, l'Agence a organisé un colloque régional le 16 mars 2005. Plus de 200 personnes en provenance des établissements locaux et régionaux, des organismes communautaires, du milieu médical et du personnel de l'Agence y ont participé.

Dans son plan d'action, l'Agence prévoit un support financier pour permettre aux établissements locaux et régionaux, ainsi qu'aux organismes communautaires, d'actualiser la démarche de gestion retenue, notamment par la désignation d'un chargé de projet. Ce support financier est assuré jusqu'au 31 mars 2007. L'Agence s'est engagée, elle aussi, dans la même voie. Elle privilégie donc une approche de gestion de projet. Pour exercer son mandat, l'Agence a déjà mis en place une table des chargés de projets afin, d'une part, de faciliter le partage de l'expertise et, d'autre part, d'assurer la coordination avec les partenaires régionaux.

Dans la foulée des orientations ministérielles, et en tenant compte de la priorisation chronologique d'élaboration des différents projets cliniques, l'Agence définit ou met à jour les orientations régionales au regard de chacun des programmes et rend disponibles les données sociosanitaires. Il a été convenu que les orientations du programme en santé publique avaient déjà été définies en 2003 et que celui-ci fera l'objet d'arrimage avec les autres programmes. Le programme de la « perte d'autonomie liée au vieillissement » et celui des « services généraux - activités cliniques et d'aide » ont été priorisés par les établissements pour entreprendre les démarches d'élaboration des projets cliniques, dans un souci d'appropriation et de mobilisation. Réalistement, et avec la participation de tous les partenaires, les orientations régionales pour l'ensemble des programmes auront été définies ou mises à jour au plus tard le 31 mars 2007.

Nous considérons que l'Estrie est en très bonne position pour poursuivre l'amélioration de l'accessibilité, de la continuité et de la qualité des services, compte tenu que la majorité des centres de santé et de services sociaux existent depuis 1996 et que l'ensemble des établissements locaux ont déjà mis sur pied leur propre réseau intégré de services pour les personnes âgées en perte d'autonomie. Aux yeux de l'Agence, un grand défi demeure, soit celui d'actualiser l'approche et la responsabilité populationnelles en fonction des mandats dévolus à chaque participant et d'un partenariat à bâtir dans les réseaux locaux autour des projets cliniques.

En conclusion

Ce message résume le travail accompli dans le projet prioritaire de l'Agence pour l'année 2004-2005, soit la création des instances locales et la mise en place d'un processus devant conduire au développement des réseaux locaux de santé et de services sociaux de l'Estrie, le projet clinique étant l'outil central de ce vaste projet.

De façon plus spécifique, vous trouverez dans ce rapport un compte rendu détaillé des mesures adoptées par le conseil d'administration et des projets réalisés par les différents services administratifs de l'Agence afin d'améliorer l'accessibilité et la qualité des services à la population. Chacun des chapitres commence par les faits saillants de l'année. Les réalisations ont été nombreuses et à la hauteur des objectifs fixés en début d'année. Notre région a toujours été à l'avant-garde pour innover dans le domaine de la santé et des services sociaux. L'année 2004-2005 s'est inscrite dans cette tradition. Nous désirons remercier tous les partenaires (administrateurs et administratrices, cadres, personnel et bénévoles) des établissements, des organismes communautaires et des autres secteurs tels le municipal, l'éducation, la justice et le secteur socioéconomique qui se sont associés avec nous pour améliorer l'organisation des services et en assurer un meilleur accès pour nos concitoyens et concitoyennes de l'Estrie.

Un merci tout particulier au personnel de l'Agence et aux membres du conseil d'administration pour la difficile tâche de concertation et d'arbitrage qu'ils acceptent d'assumer pour l'amélioration de la santé et du bien-être de la population.

Dr Michel Baron,
Président-directeur général

2. La déclaration sur la fiabilité des données

Les informations contenues dans le présent rapport annuel de gestion relèvent de ma responsabilité. Cette responsabilité porte sur la fiabilité des données contenues dans le rapport et des contrôles afférents.

Les résultats et les données du rapport annuel de gestion de l'exercice 2004-2005 de l'Agence :

- décrivent fidèlement la mission, les mandats, les valeurs et les orientations stratégiques de l'Agence;
- présentent les cibles, les résultats attendus, les indicateurs et les résultats obtenus;
- présentent des données exactes et fiables.

Je déclare que les données contenues dans le présent rapport annuel de gestion ainsi que les contrôles afférents à ces données sont fiables et qu'elles correspondent à la situation telle qu'elle se présentait pour l'exercice terminé le 31 mars 2005.

Dr Michel Baron
Président-directeur général

3. Le rôle et l'état général du fonctionnement de l'Agence

3.1 La mission

L'Agence a pour mission d'identifier les besoins de la population et de s'assurer que des conditions favorables et des mesures efficaces assurent la réponse à ces besoins. Conformément à la loi, l'Agence vise la promotion et l'amélioration de la santé physique et psychosociale de la population estrienne, en tenant compte de l'ensemble des ressources disponibles et en concertation avec tous les partenaires. Elle a notamment pour mission de mettre en place, sur son territoire, en collaboration avec les centres de santé et de services sociaux, les établissements régionaux, les organismes communautaires et les autres partenaires concernés, une organisation des services de santé et des services sociaux intégrés.

Dans l'accomplissement de sa mission, l'Agence met de l'avant les valeurs suivantes :

- la primauté du citoyen;
- l'équité;
- la transparence;
- la reconnaissance;
- l'utilisation optimale des ressources.

3.2 Le territoire couvert et sa population

En Estrie, le réseau de la santé et des services sociaux couvre un territoire de 10 188 km^2 divisé en six MRC et le territoire de la ville de Sherbrooke. Il dessert une population de 298 757 personnes, sans compter une clientèle hors région qui requiert des ressources correspondant à près de 12 % des hospitalisations effectuées annuellement au Centre hospitalier universitaire de Sherbrooke.

MRC ou Territoire	Population 2004*	Superficie (km^2)
MRC d'Asbestos	14 316	777,35
MRC de Coaticook	18 762	1 332,16
Ville de Sherbrooke	147 777	366,00
MRC du Granit	22 223	2 731,79
MRC du Haut-Saint-François	21 878	2 276,95
MRC du Val-Saint-François	28 978	1 375,85
MRC de Memphrémagog	44 823	1 327,44

* La population pour l'année 2004 est évaluée selon les projections réalisées par l'Institut de la statistique du Québec.

3.3 Le plan d'organisation

Les tableaux suivants présentent les effectifs de l'Agence au 31 mars 2005. Il faut cependant noter que les données ne tiennent pas compte des médecins rattachés à la Direction de la santé publique et de l'évaluation. L'organigramme de l'Agence se trouve à l'annexe 1.

Les cadres

Temps complet	Temps partiel		Total	En replacement**
Nb de pers.	Nb de pers.	E.T.C.*		(stabilité d'emploi)
13	1	,07	13,07	2

* *E.T.C. : Équivalent temps complet*
** *En pré-retraite*

Les employés réguliers

Temps complet	Temps partiel		Total	En replacement
Nb de pers.	Nb de pers.	E.T.C.*		(sécurité d'emploi)
108	9	6	117	-

* *E.T.C. : Équivalent temps complet*

Les employés occasionnels

Nombre d'heures rémunérées	Nombre de postes équivalents temps complet
50 217	28

3.4 Le réseau d'établissements de santé et de services sociaux

Au 31 mars 2005, la population estrienne était desservie par 23 établissements répartis de la façon suivante en fonction de leur mission :

Établissements	Publics	Privés
Centres de santé et de services sociaux (CLSC-CHSLD)	3	
Centres de santé et de services sociaux (CLSC-CH-CHSLD)	4	
Centres d'hébergement et de soins de longue durée		9
Centre de protection de l'enfance et de la jeunesse	1	
Centres de réadaptation :		
• santé mentale et toxicomanie	1	
• déficience intellectuelle	2	
• handicapés physiques	1	
• mères en difficulté d'adaptation		1
Centre hospitalier universitaire	1	

Deux établissements de la région ont une vocation universitaire. Il s'agit du Centre hospitalier universitaire de Sherbrooke et du centre de santé et de services sociaux formé par l'intégration du CLSC de Sherbrooke à l'Institut universitaire de gériatrie de Sherbrooke.

3.5 Les organismes communautaires

La mise en application de la Politique gouvernementale sur l'action communautaire autonome amorcée en avril 2003 s'est poursuivie en 2004-2005. Ainsi, le 1er avril 2004, la responsabilité du soutien financier, en appui à la mission globale de onze organismes communautaires du secteur « Famille », a été transférée au ministère de l'Emploi, de la Solidarité sociale et de la Famille. Les liens entre le réseau de la santé et des services sociaux et certains de ces organismes ont été maintenus par le biais d'ententes de services (financement spécifique).

Le nombre total d'organismes reconnus dans le cadre du programme de soutien aux organismes communautaires en 2004-2005 était de 121. Les 113 organismes financés se sont partagé la somme totale de 11 181 165 $. Le montant alloué aux organismes de promotion et de services à la communauté a été de 9 200 257 $ alors que les organismes de

maintien à domicile se sont vu allouer 2 117 908 $ en 2004-2005. On retrouve, au point 6.3, la liste complète des allocations relatives au programme de soutien aux organismes communautaires.

En janvier 2005, une entente est intervenue entre Bell Canada inc., la Ville de Sherbrooke, le ministère de l'Emploi et de la Solidarité sociale et l'Agence afin de soutenir douze organismes communautaires oeuvrant en sécurité alimentaire. Dans le cadre de ce projet-pilote, qui s'échelonne sur trois ans, les organismes visés se partageront près de 800 000 $.

3.6 Le conseil d'administration

Au 31 mars 2005, le conseil d'administration était composé des personnes suivantes :

- M. Gérald Badger
- Mme Louise Baril
- Mme Suzanne Boulanger
- Mme Christiane Daoust
- Mme Wendy Lessard Durrant
- M. Francis Gagnon
- M. Pierre Gendron
- Mme Danielle Lareau
- Mme Louise Lévesque
- Mme Lise Drouin-Paquette, vice-présidente
- M. Denis Paré, président
- M. Alex G. Potter
- Mme Linda B. Provencher
- M. Marc Quessy
- M. Michel Baron, secrétaire et président-directeur général

3.7 Le code d'éthique et de déontologie du conseil d'administration

Le Code d'éthique et de déontologie des administrateurs porte principalement sur les devoirs et les obligations des membres du conseil d'administration. De plus, les règles relatives à la déclaration des intérêts des administrateurs et le traitement des situations de conflits d'intérêts y sont abordés.

Le code énonce aussi les règles relatives aux assemblées du conseil d'administration, à la confidentialité et aux conflits d'intérêts. Il traite aussi de l'interdiction des pratiques reliées à la rémunération et des obligations des administrateurs après la cessation de leurs fonctions.

Le conseil d'administration a procédé, en mai 2002, à la révision du Code d'éthique et de déontologie des administrateurs, principalement en ce qui touche les activités politiques des administrateurs et des dirigeants d'organismes publics.

En vertu de l'article 3.0.4 de la Loi sur le ministère du Conseil exécutif, le conseil d'administration de toute agence doit rendre son code accessible au public et le publier dans son rapport annuel. Le Code d'éthique et de déontologie des administrateurs est reproduit à l'annexe 2.

Pour l'année 2004-2005, aucun manquement à ce code n'a été signalé.

3.8 Le Forum de la population

Le Forum de la population est responsable envers le conseil d'administration de l'Agence d'assurer la mise en place de différents modes de consultation de la population sur les enjeux de la santé et du bien-être. Il doit également formuler des recommandations sur les moyens à mettre en place pour améliorer la satisfaction de la population à l'égard des services de santé et des services sociaux disponibles et pour mieux répondre aux besoins en matière d'organisation de ces services. De plus, le Forum doit être consulté sur le Plan stratégique triennal d'organisation de services et sur le Plan régional de santé publique.

Au 31 mars 2005, le Forum de la population était composé des personnes suivantes :

- M. Georges Allard
- Mme Louise Bonin
- M. Marc Bureau
- M. Antoine Doyon
- Mme Jocelyne Godbout
- Mme Lucienne Gravel
- Mme Huguette Jarret
- Mme Gabrielle Jung
- Mme Heather Keith
- Mme Michèle Lavoie, vice-présidente
- Mme France Lemaire
- Mme Ghislaine Ouellette
- M. André Paradis
- M. Marcel Samson, président
- Mme Nancy St-Pierre

Les réalisations

En 2004-2005, le Forum de la population a tenu deux assemblées régulières. Le sujet majeur a été le modèle régional d'organisation des réseaux locaux de services de santé et de services sociaux de l'Estrie. Les membres ont pris position sur le regroupement du CLSC de Sherbrooke à l'Institut universitaire de gériatrie de Sherbrooke en proposant un processus d'intégration.

Le Forum a également été informé du projet d'harmonisation de la Loi sur les services de santé et les services sociaux, sur l'état de situation des réseaux locaux et sur les projets cliniques. L'avenir du Forum a aussi fait partie des discussions.

3.9 La Commission infirmière régionale de l'Estrie : sa composition et ses principales activités

Au 31 mars 2005, la Commission infirmière régionale de l'Estrie était composée des personnes suivantes :

Membres votants - mandat de trois ans se terminant à l'automne 2007

Mme France Lacroix	Représentante des cégeps Programme de soins infirmiers Collège de Sherbrooke
Mme France Leblanc, secrétaire	Infirmière désignée par le président-directeur général de l'Agence
Mme Josée Bernier	Membre du comité exécutif du conseil des infirmières et infirmiers Centre de santé et de services sociaux de la MRC-d'Asbestos
Mme Sylvie Pépin	Membre du comité d'infirmières et infirmiers auxiliaires CLSC de Sherbrooke/Institut universitaire de gériatrie de Sherbrooke
Mme Colette Rancourt, vice-présidente	Membre du comité exécutif du conseil des infirmières et infirmiers Centre de santé et de services sociaux du Granit
Mme Marie Trousdell, présidente	Gestionnaire des soins infirmiers CLSC de Sherbrooke / Institut universitaire de gériatrie de Sherbrooke

Membres votants - mandat de trois ans se terminant à l'hiver 2007

Mme Line Saintonge	Infirmière praticienne Centre hospitalier universitaire de Sherbrooke
Mme Pierrette Couture	Membre du comité exécutif du conseil des infirmières et infirmiers Centre de santé et de services sociaux de Memphrémagog
Mme Johanne Dubreuil	Membre du comité exécutif du conseil des infirmières et infirmiers Centre hospitalier universitaire de Sherbrooke
Mme Danielle Lareau	Gestionnaire de soins infirmiers Centre de santé et de services sociaux de Memphrémagog

Membres observateurs - mandat de deux ans se terminant à l'hiver 2006

Mme Johanne Turgeon	Directrice de l'organisation des services et des ententes de gestion, Agence
Mme Denyse Vincent	Infirmière Centre de santé et de services sociaux du Haut-St-François

Membres observateurs - mandat de deux ans se terminant à l'hiver 2007

Mme Louise Gagnon	Infirmière Centre de santé et de services sociaux du Val-Saint-François
M. Alain Gagné	Infirmier Centre de santé et de services sociaux de la MRC-de-Coaticook

La Commission infirmière régionale de l'Estrie constitue un lieu de consultation et de concertation de première importance, tant par la nature de ses fonctions que par la diversité de sa composition. Elle est formée d'infirmières, d'infirmiers et d'une infirmière auxiliaire représentant différents milieux de pratique et d'établissements de la région.

Au cours de l'année 2004-2005, soit sa quatrième année de fonctionnement, la Commission infirmière a tenu quatre assemblées ordinaires. Parmi ses principales activités, mentionnons :

- le suivi du Plan d'action sur la planification de la main-d'œuvre en soins infirmiers;
- la formulation d'un avis sur le Programme québécois de lutte contre le cancer - Plan d'action 2004-2007 - Estrie;
- un appel de candidatures pour les membres dont le mandat est venu à échéance en cours d'année et pour les vacances à combler;
- la formulation d'un avis concernant le Cadre de référence régional sur le plan de services individualisé;
- la formulation d'un avis sur le projet d'organisation des services « Vers un réseau intégré de soins et de services pour la clientèle adulte atteinte de troubles mentaux sévères et persistants ».

3.10 La Commission médicale régionale de l'Estrie : sa composition et ses principales activités

Au 31 mars 2005, la Commission médicale régionale de l'Estrie se composait des personnes suivantes :

Membres votants

M. Éric Anctil	Médecin spécialiste, CHUS
M. Yves Arcand	Médecin omnipraticien
Mme Louise Baril	Médecin omnipraticien
M. Serge Béliveau, vice-président	Médecin omnipraticien
M. André Carpentier	Médecin spécialiste, CHUS
M. Pierre Cossette	Médecin spécialiste, CHUS
M. Paul Farand	Médecin résident, CHUS
M. Claude Hémond	Médecin omnipraticien
M. Michel Nguyen, président	Médecin spécialiste, CHUS
M. Gérard Schmutz	Médecin spécialiste, CHUS
Mme Allyson Simms	Médecin omnipraticien

Membre observateur

M. Denis Deschâtelets-Morisson	Médecin spécialiste, CHUS

Membres d'office

M. Michel Baron	Président-directeur général Agence
Mme Ginette Dorval	Directrice de la santé publique et de l'évaluation Agence
M. Philippe Lamontagne, secrétaire	Directeur des affaires médicales et universitaires Agence

En 2004-2005, la Commission a siégé à deux reprises. Ses travaux ont consisté principalement à :

- la formulation d'un avis sur le modèle d'organisation des services médicaux psychiatriques destinés aux clientèles atteintes de troubles mentaux sévères et persistants;
- la formulation d'un avis sur le plan des effectifs médicaux des spécialistes et celui des omnipraticiens.

3.11 La Commission multidisciplinaire régionale de l'Estrie : sa composition et ses principales activités

Au 31 mars 2005, la Commission multidisciplinaire régionale de l'Estrie était composée des personnes suivantes :

Membres votants - mandat de trois ans se terminant à l'automne 2007

M. Jasmin Audet, président	Gestionnaire du domaine de la réadaptation et des domaines de la santé Le regroupement CNDE / Dixville

M. Jean-Guy Bellerose	Professionnel du domaine social Centre jeunesse de l'Estrie
M. Yves Couturier	Représentant des facultés et écoles d'enseignement universitaires dans les domaines sociaux Université de Sherbrooke
M. Guy Lemire, vice-président	Représentant des cégeps de la région Collège de Sherbrooke
Mme Johanne St-Cyr	Professionnelle du domaine de la réadaptation et des domaines de la santé Centre de réadaptation Estrie

Membres votants - mandat de trois ans se terminant à l'hiver 2007

Mme Suzanne K. Bédard	Personne des domaines techniques Centre de recherche clinique Centre hospitalier universitaire de Sherbrooke
M. Robert Bellefleur	Professionnel du domaine social Centre de santé et de services sociaux du Granit
Mme Caroline Hardy	Représentante des domaines techniques CLSC de Sherbrooke / Institut universitaire de gériatrie de Sherbooke
Mme Thérèse Leroux	Représentante des domaines techniques Centre de santé et de services sociaux du Val-Saint-François
Mme Johanne Turgeon, secrétaire	Personne désignée par le président-directeur général de l'Agence

Membres observateurs - mandat de deux ans se terminant à l'hiver 2007

Mme Marie-Andrée Dupont	Coordonnatrice Regroupement des organismes communautaires de l'Estrie
Mme France Leblanc	Agente de planification et de programmation Agence

La Commission multidisciplinaire régionale de l'Estrie constitue également un lieu de consultation et de concertation de première importance, tant par la nature de ses fonctions que par la diversité de sa composition. Elle est formée de personnes représentant différents milieux de pratique et d'établissements de la région dans les domaines de la réadaptation et de la santé ainsi que du domaine social.

Au cours de l'année 2004-2005, soit sa quatrième année de fonctionnement, la Commission multidisciplinaire a tenu quatre assemblées ordinaires. Parmi ses principales activités, mentionnons :

- la formulation d'un avis sur le Programme québécois de lutte contre le cancer - Plan d'action 2004-2007 - Estrie;

- un appel de candidatures pour les membres dont le mandat est venu à échéance en cours d'année et pour les vacances à combler;
- la formulation d'un avis concernant le Cadre de référence régional sur le plan de services individualisé;
- le suivi sur la planification de la main-d'œuvre dans les secteurs des services sociaux et de la santé;
- la formulation d'un avis sur le projet d'organisation des services « Vers un réseau intégré de soins et de services pour la clientèle adulte atteinte de troubles mentaux sévères et persistants ».

3.12 Le Département régional de médecine générale : sa composition et ses principales activités

Au 31 mars 2005, le comité de direction du Département régional de médecine générale était composé des personnes suivantes :

Membres élus

M. Robert Cloutier	Médecin omnipraticien, catégorie « MRC hors Sherbrooke »
M. André Munger	Médecin omnipraticien, catégorie « CLSC »
Mme Raymonde Vaillancourt, chef du DRMG	Médecin omnipraticien, catégorie « Cabinets privés »

Membres nommés

Mme Danielle Blais	Médecin omnipraticien, Centre de santé et de services sociaux du Haut-St-François
M. Denis Blanchard	Médecin omnipraticien, Centre de santé et de services sociaux de la MRC-d'Asbestos
M. Richard Boulé	Département de médecine de famille Faculté de médecine
Mme Martine Jeanrenaud	Médecin omnipraticien, CHSLD
Mme Suzanne Lamontagne	Médecin omnipraticien, Centre de santé et de services sociaux du Val-Saint-François
M. Patrice Laplante	Médecin omnipraticien, CHUS
Mme Jeannette Scandar	Médecin omnipraticien, Centre de santé et de services sociaux du Granit

Membres d'office

M. Michel Baron	Président-directeur général Agence

Mme Ginette Dorval	Directrice de la santé publique et de l'évaluation Agence
M. Philippe Lamontagne	Directeur des affaires médicales et universitaires Agence

Au cours de l'année 2004-2005, le Département régional de médecine générale a tenu onze assemblées ordinaires.

Voici les différents dossiers qui ont été traités au cours de 2004-2005 :

- les activités médicales particulières :
  - l'application des règles,
  - l'élaboration des quatre cohortes (A, B, C et D);
- le Plan régional des effectifs médicaux :
  - le recrutement des onze postes autorisés (attribution des postes en fonction des priorités régionales),
  - la réorganisation des services de première ligne et les projets cliniques;
- les groupes de médecins de famille :
  - le support à l'élaboration et à la consolidation des groupes.

4. Les activités de l'Agence et des établissements de la région

4.1 Le programme de santé publique

Les faits saillants 2004-2005

Les maladies infectieuses et la santé environnementale

La lutte aux infections nosocomiales

Une recrudescence des infections à Clostridium difficile dans plusieurs centres hospitaliers du Québec a amené le Ministère, au cours de l'automne, à demander l'application régionale d'une série de mesures visant un meilleur contrôle des infections nosocomiales (infections acquises en milieu hospitalier). En Estrie, un état de situation a été dressé auprès de quatre centres hospitaliers de soins de courte durée (dont le Centre hospitalier universitaire de Sherbrooke comptant deux sites), et des recommandations ont été émises afin que les pratiques de ces établissements s'adaptent, dans la mesure du possible, aux lignes directrices produites quelques semaines plus tôt. Une subvention de 889 105 $ a ensuite été octroyée à ces quatre centres hospitaliers, visant spécifiquement à les supporter dans leur lutte aux infections nosocomiales.

Par ailleurs, une table régionale de prévention des infections nosocomiales a vu le jour en décembre 2004. Composée d'experts de contenu en prévention et contrôle des infections nosocomiales, cette table a comme mandat d'assurer l'expertise de contenu au niveau de la prévention, de la surveillance et du contrôle de ce type d'infection, et ce, au bénéfice du réseau de la santé de l'ensemble de la région. Parmi les premiers dossiers traités, on trouve les protocoles de transferts interétablissements des patients infectés ainsi que la formation du personnel soignant. D'ailleurs, une première activité de formation régionale a eu lieu peu de temps après la création de cette table.

Enfin, un système provincial de surveillance intrahospitalière des infections à Clostridium difficile a été instauré en août 2004. En Estrie, trois centres hospitaliers de soins de courte durée (dont le Centre hospitalier universitaire de Sherbrooke comptant deux sites) participent activement à ce système de surveillance visant à documenter, en temps réel, la situation épidémiologique des infections à Clostridium difficile et leurs complications en ce qui concerne la morbidité et la mortalité.

La vaccination gratuite contre le pneumocoque chez les nourrissons et les jeunes enfants

En décembre 2004, la Direction de santé publique et de l'évaluation a procédé aux ajustements nécessaires auprès de ses vaccinateurs afin de permettre l'introduction du vaccin conjugué contre le pneumocoque dans le programme régulier de vaccination des enfants du Québec, à l'âge de 2, 4 et 12 mois. Les enfants, particulièrement ceux âgés de moins de 2 ans, présentent un risque important d'infections à pneumocoque. La prévention au moyen de la vaccination chez les tout-petits n'était pas possible avant l'arrivée de ce vaccin conjugué contre le pneumocoque, dont l'efficacité est d'au moins 90 % dans cette catégorie d'âge. Aussi, afin de prévenir pneumonies, méningites et autres infections graves causées par cette bactérie, tous les enfants de moins de 5 ans pourront désormais recevoir gratuitement cette immunisation. Rappelons que la vaccination gratuite contre le pneumocoque au moyen d'un autre type de vaccin (appelé « polysaccharidique ») chez les personnes de 65 ans ou plus, ainsi que chez les personnes de 2 à 64 ans atteintes de maladies chroniques, fait partie du programme de santé publique depuis l'année 2000 au Québec.

L'évaluation de la surveillance de la qualité microbiologique de l'eau dans les entreprises de l'Estrie alimentées par un puits

Au Québec, deux règlements complémentaires régissent la surveillance de la qualité de l'eau potable dans les entreprises dotées de leur propre système d'approvisionnement en eau, soit : le Règlement sur la santé et la sécurité du travail et le Règlement sur la qualité de l'eau potable. Selon la réglementation, une entreprise doit faire mensuellement une analyse bactériologique de l'eau d'un puits qui sert à la consommation.

Afin de vérifier le respect de ces règlements, un questionnaire a été administré à un échantillon d'entreprises de l'Estrie alimentées par un puits. Sur un échantillon de 141 entreprises, 105 ont participé à l'étude, dont 65 utilisent leur puits comme source d'eau de consommation. Soixante-dix-huit pour cent de celles-ci ont effectué des analyses d'eau au moins une fois, mais une seule d'entre elles affirme le faire selon la fréquence réglementaire. Lorsque des analyses sont effectuées, les résultats sont transmis à différents destinataires par 21 entreprises, mais seulement cinq les transmettent au ministère du Développement durable, de l'Environnement et des Parcs, tel que stipulé dans la réglementation. Seulement six puits sur 51 ont déjà été contaminés et tous ont été désinfectés. Lorsque mis en situation fictive de dépassement des normes, 57 % des répondants ne connaissaient pas les mesures à prendre.

Cette étude a donc permis de constater la méconnaissance, de la part des entreprises, des règlements concernant la surveillance de l'eau de leur puits et des mesures à prendre pour contrôler le risque de maladies d'origine hydrique. Les moyens efficaces de pallier ces lacunes devront être identifiés et appliqués.

La campagne de prévention des intoxications au monoxyde de carbone

La plupart des intoxications au monoxyde de carbone pourraient être prévenues par la présence de détecteurs de monoxyde de carbone dans les habitations et par l'entretien régulier des systèmes de chauffage. C'est pourquoi une campagne de sensibilisation a été effectuée en 2004-2005.

Les groupes ciblés étaient les centres de la petite enfance et les garderies en milieu familial, les centres d'hébergement pour les personnes âgées et en perte d'autonomie ainsi que les services des incendies de la région. Une lettre, accompagnée d'un dépliant, envoyée à chacun des groupes cibles faisait part des mesures spécifiques à prendre pour éviter des intoxications au monoxyde de carbone. De plus, un article a été publié dans l'hebdomadaire *La Nouvelle* pour la population en général.

Le comité de gestion du bassin versant de la rivière Saint-François

Depuis octobre 2004, la Direction de santé publique et de l'évaluation collabore aux travaux du Comité de gestion du bassin versant de la rivière Saint-François. Ce comité est composé de représentants de plusieurs ministères. Son principal mandat est de participer à l'élaboration du plan directeur de l'eau, tel que défini dans la Politique nationale de l'eau du ministère du Développement durable, de l'Environnement et des Parcs. Avant d'en arriver à l'élaboration du plan directeur de l'eau, plusieurs étapes sont nécessaires, dont l'élaboration du portrait du bassin versant, le diagnostic du bassin, la détermination des priorités relativement aux enjeux et aux orientations et l'ébauche d'un plan d'action. La Direction de santé publique et de l'évaluation apporte son support en documentant les impacts sur la santé causés par les différents problèmes reliés au bassin versant.

La santé au travail

Au cours de 2004-2005, différents intervenants et professionnels ont contribué à la réalisation d'actions préventives en milieu de travail. Majoritairement, ces actions ont fait l'objet de concertation entre l'équipe du Centre de santé et de services sociaux du Haut-Saint-François et celle de la Direction de santé publique et de l'évaluation. Conformément à la Loi sur la santé et sécurité du travail, des programmes de santé spécifiques aux établissements ont été élaborés pour les entreprises des secteurs prioritaires. Par ailleurs, l'ensemble des professionnels de la Direction de la santé publique et de l'évaluation a participé intensivement à différents comités provinciaux et régionaux. De plus, une activité particulière visant à produire le portrait lésionnel des troubles musculo-squelettiques en Estrie, de même que le ciblage des entreprises ont été réalisés.

Les différents acteurs en santé au travail, soit l'équipe prévention-inspection de la Commission de la santé et de la sécurité du travail et les équipes du réseau de la santé, ont participé à une activité de formation conjointe visant à développer les habiletés qui permettent d'optimiser le travail d'équipe.

Les programmes régionaux et provinciaux

Des programmes d'interventions spécifiques concertés, soit au plan provincial ou régional, ont eu lieu dans les secteurs prioritaires et dans les secteurs ciblés. Parmi ces programmes, on dénote les principales activités suivantes :

- le Plan d'action jeunesse en collaboration avec le ministère de l'Éducation, du Loisir et du Sport et la Commission de la santé et de la sécurité du travail;
- l'intervention sur les risques biologiques auprès de certains groupes de travailleurs (policiers, pompiers, agents de services correctionnels);
- l'intervention pour la prévention des maladies professionnelles reliées à l'exposition à l'amiante chez les travailleurs de la construction et de l'entretien;
- le Plan d'action concerté sur le béryllium dans le secteur de l'environnement;
- les interventions préventives en agriculture;
- le Plan d'action sur le monoxyde de carbone chez les locateurs d'équipements;
- les interventions concertées au regard de l'exposition des travailleurs aux fumées de caoutchouc;
- le programme d'intervention régional sur l'exposition à la silice des travailleurs de la transformation de la MRC du Granit.

Les services de promotion-prévention de la santé

Le Service de promotion-prévention de la santé a réalisé, dans le cadre de différents programmes, les activités suivantes :

Les programmes préventifs s'adressant aux tout-petits et aux familles

- La révision et le suivi du programme d'aide à l'action concertée soutenant la collaboration des organismes communautaires avec les centres de santé et de services sociaux, au plan des services à offrir aux enfants de 0 à 12 ans.

- La production et la diffusion du bilan annuel du programme d'interventions préventives auprès des femmes enceintes, des enfants de 0 à 5 ans et de leur famille vivant en contexte de vulnérabilité. Il nous indique que :

  - 550 femmes enceintes sont rejointes par le programme via les centres de santé et de services sociaux,
  - 840 enfants âgés entre 0 et 5 ans et leur famille ont reçu des services des centres de santé et de services sociaux dans ce programme,
  - les familles reçoivent en moyenne douze visites à domicile par année.

- L'organisation de la formation « Approche jeunes parents », qui a rejoint une centaine d'intervenants provenant des équipes locales des 0 à 5 ans, des organismes communautaires, des centres de la petite enfance et de l'éducation des adultes.

- La consolidation des équipes d'intervenants du programme d'interventions préventives des 0 à 5 ans par l'ajout d'orthophoniste en prévention dans chacun des centres de santé et de services sociaux.

- Le soutien à l'organisation d'une formation sur l'éveil à l'écrit pour les intervenants des organismes communautaires et des centres de la petite enfance.

- L'organisation de formations et de supervisions sur l'utilisation du Brigance (outil d'évaluation du développement des enfants) offertes à une vingtaine d'intervenants des centres de santé et de service sociaux.

L'allaitement maternel et la périnatalité

- La mise à jour et la distribution du bottin des ressources en allaitement maternel de l'Estrie, en collaboration avec le Groupe de travail sur l'allaitement maternel, lors de la Semaine mondiale de l'allaitement maternel.

- La participation à la conception et à la production d'un programme régional de formation en allaitement maternel dans le cadre de l'implantation de l'Initiative des amis des bébés.

- L'organisation de la formation en allaitement maternel par MRC s'adressant à l'ensemble des intervenantes qui sont appelées à informer et conseiller les parents en matière d'allaitement maternel : un total de treize groupes de formation répartis dans les sept MRC.

- L'ajout budgétaire pour la mise en place d'une répondante en allaitement maternel dans chaque centre de santé et de services sociaux pour coordonner la mise en œuvre des diverses étapes d'implantation de l'Initiative des amis des bébés.

- La production d'une revue de la littérature sur la pertinence et l'efficacité relative des rencontres prénatales de groupe.

Le programme « Fluppy » s'adressant aux enfants de la maternelle et à leurs familles

- La consolidation de l'implantation du programme de développement des habiletés sociales « Fluppy » par l'ajout d'un budget supplémentaire de 288 200 $ permettant aux centres de santé et de services sociaux d'augmenter le nombre de classes de maternelle ainsi que d'enfants et leurs familles rejoints par ce programme.

- La production et la diffusion d'un bilan d'implantation en 2004 démontre que :

  - plus de 26 écoles principalement localisées dans des milieux défavorisés et 39 classes de maternelle offraient le programme sur une base régulière;
  - plus de 600 enfants ont participé aux ateliers du programme « Fluppy » et près de 30 familles ont bénéficié d'un suivi intensif à domicile;
  - plus de 322 ateliers ont été présentés dans les classes de maternelle de la région;
  - treize activités de formation sur le programme « Fluppy » ont été offertes à 97 personnes provenant des centres de santé et de services sociaux et du milieu scolaire.

L'approche « École en santé »

Un montant régional de 142 000 $ a été réparti entre les centres de santé et de services sociaux de la région et leur a été octroyé, afin que chaque territoire local se dote d'une personne répondante sur « École en santé ». Cette personne participera à toutes les activités de formation, régionales ou provinciales, sur « École en santé » et entreprendra, dans son milieu, certains travaux pour préparer le déploiement de « École en santé » lorsque les budgets requis seront disponibles.

La prévention de la toxicomanie

- L'analyse et l'adoption de la planification triennale 2004-2007 (PRATIC-05, plan d'action) des centres de santé et de services sociaux en matière de prévention de la toxicomanie pour les jeunes.

- La réalisation d'une enquête régionale sur le tabagisme et la consommation d'alcool et de drogues chez les jeunes en milieu scolaire. Toutes les écoles de l'Estrie ont participé à cette enquête (environ 9 000 élèves).

- Pour accroître la détection de la consommation problématique d'alcool, 57 intervenants des services sociaux courants adultes ont été formés sur l'outil DÉBA-A/D (dépistage/évaluation du besoin d'aide – alcool/drogues).

- L'outil DEP-ADOS (grille de dépistage de consommation problématique d'alcool et de drogues chez les adolescents et adolescentes) a été retenu régionalement pour la détection des problèmes liés à la consommation d'alcool ou de drogues chez les jeunes. Ainsi, 77 intervenants travaillant auprès des jeunes ont été formés.

La prévention du tabagisme

Durant l'année 2004-2005, la Direction de santé publique et de l'évaluation a soutenu les centres de santé et de services sociaux dans le cadre du projet « Vers des écoles sans fumée ». Vingt écoles secondaires, soit plus de 70 % des écoles secondaires de l'Estrie, ont réalisé des activités de sensibilisation à la prévention du tabagisme ou des activités pour soutenir les jeunes à cesser de fumer. Par ailleurs, dans onze écoles, soit plus du tiers des écoles secondaires, des groupes de jeunes animent des activités en vue de faciliter l'adhésion à un terrain d'école secondaire sans fumée.

La santé buccodentaire

Le soutien à la réalisation du programme public de services dentaires préventifs dans toutes les écoles primaires de l'Estrie par les centres de santé et de services sociaux. Voici quelques résultats en lien avec ce programme :

- nombre d'écoles où le programme a été appliqué (toutes les écoles primaires) : 115
- nombre d'enfants qui ont bénéficié d'un dépistage dentaire : 4 531
- nombre d'enfants référés aux dentistes : 695
- nombre d'enfants à risque, suivis par les intervenants du programme : 2 876
- nombre d'applications topiques de fluorure : 3 685
- nombre d'activités éducatives individuelles : 3 691
- nombre d'enfants qui ont bénéficié d'agents de scellement : 575
- nombre d'activités éducatives de groupe : 620

Sept municipalités de la région ont été rencontrées afin de leur faire connaître les avantages ainsi que les conditions nécessaires à la fluoruration des eaux de consommation.

La lutte à la sédentarité et la promotion de l'activité physique

Dans le cadre du plan d'activités de Kino-Québec, voici les principales réalisations qui ont rejoint la clientèle des jeunes en milieu scolaire, les adultes de 25 à 44 ans et les personnes âgées :

- participation au développement de « Québec en forme ». Une programmation d'activités physiques a été mise en place dans 30 écoles primaires de milieux défavorisés de l'Estrie;
- attribution de quinze bourses « École active » à des écoles primaires et secondaires totalisant plus de 10 000 $ pour des projets d'aménagement du milieu favorisant la pratique de l'activité physique;
- collaboration avec près de dix écoles pour améliorer l'organisation et l'animation d'activités physiques dans la cour d'école;
- réalisation de la campagne « Plaisir sur glace ». Près de 17 000 personnes ont fréquenté l'une des 95 activités organisées dans 46 municipalités de l'Estrie ou arrondissements de Sherbrooke;
- réalisation de la Campagne « Mon style de marche ». Environ 12 000 personnes ont été rejointes dans près de 35 milieux de travail et cinq pharmacies;
- soutien au programme « Viactive » destiné à promouvoir l'activité physique auprès de la clientèle des aînés.

La prévention des traumatismes non-intentionnels

- La production du bilan sur le programme de prévention des chutes chez les personnes âgées offert, via les centres de santé et de services sociaux, nous indique que plus de 1 000 personnes ont bénéficié d'interventions.

- Des rencontres d'information et de sensibilisation visant l'adoption de comportements sécuritaires chez les jeunes qui pratiquent le ski et la planche à neige ont permis de rejoindre 2 500 jeunes.

- Plus de 80 intervenants ont reçu la formation pour l'implantation d'une trousse de sécurité pour les parents d'enfants de 0 à 5 ans qui bénéficient des services intégrés de périnatalité et petite enfance. Cette trousse est offerte par les centres de santé et de services sociaux.

La prévention des maladies chroniques

Le programme régional intégré de services préventifs pour contrer les maladies du vieillissement a priorisé, en 2004, la consolidation des activités des centres d'abandon du tabagisme, en individuel et en groupe. De juillet 2004 à mars 2005, 247 fumeurs ont consulté un centre d'abandon du tabagisme dans les centres de santé et de services sociaux pour un support intensif à la cessation du tabagisme. En regard des interventions en alimentation et en activité physique, des outils et une formation spécifique ont été offerts aux intervenants concernés.

Le programme québécois de dépistage du cancer du sein

En Estrie, en 2004, 12 192 femmes ont passé une mammographie de dépistage. Les Estriennes de 50 à 69 ans sont sensibilisées au dépistage du cancer du sein et passent régulièrement leur mammographie de dépistage. Le taux de participation régional est d'ailleurs en constante progression depuis l'implantation du programme, atteignant 64,5 % en 2004, ce qui fait de l'Estrie une des régions les plus performantes au Québec.

Plusieurs campagnes de communication ont été organisées pour s'assurer que les femmes demeurent fidèles au programme de dépistage.

La sécurité alimentaire

En 2004, le Ministere confirmait le renouvellement du budget sur la sécurité alimentaire, ainsi :

- huit projets subventionnés par le programme de subventions en sécurité alimentaire ont été maintenus;
- le suivi de gestion de ces projets et un rapport synthèse sur les résultats du programme ont été transmis au Ministère.

La Direction de santé publique et de l'évaluation a aussi collaboré avec la Direction de l'organisation des services et des ententes de gestion et avec la Direction des ressources financières et matérielles à l'implantation d'un projet pilote en sécurité alimentaire.

Le développement des communautés

La poursuite de la collaboration de la Direction de santé publique et de l'évaluation aux travaux du comité régional sur l'organisation du troisième rendez-vous régional sur le développement des communautés.

La surveillance de l'état de santé de la population

Le Système d'information intégré en santé publique

Le tableau de bord du Système d'information intégré en santé publique a été mis à jour avec l'addition des banques de données sur les décès de 2000 et 2001, les naissances de 2002, les nouvelles données de population basées sur le recensement de 2001 et celles sur la prévalence du diabète pour les années 2001-2002.

L'information de la population sur son état de santé

Dans le cadre de son mandat d'information de la population sur son état de santé, cinq capsules d'information « InfoBULLE » ont été diffusées à raison de 3 550 copies chacune, et ce, à tout le personnel des centres de santé et de services sociaux et autres établissements en ayant fait la demande. Une copie a aussi été envoyée aux organismes communautaires. Les sujets traités ont été les suivants : les enfants de 0 à 4 ans et leur famille, survivre au cancer, les infections invasives au pneumocoque, l'asthme ainsi que les maladies respiratoires.

Des articles ont aussi été diffusés aux deux semaines dans l'hebdomadaire *La Nouvelle*. Ces articles ont traité de divers sujets, notamment : les maladies chroniques et les incapacités, les services offerts aux jeunes et à leurs familles, les troubles musculo-squelettiques reliés au travail, la santé mentale des Québécois, la consommation d'alcool, les intoxications au monoxyde de carbone, l'exposition à la fumée secondaire de tabac, les maladies transmises sexuellement et la prévention des chutes chez les personnes âgées.

Les articles publiés dans l'hebdomadaire *La Nouvelle* et les « InfoBulle » ont été ajoutés au site Internet de l'Agence.

La monographie sur les maladies chroniques

Lorsqu'elle sera terminée, la monographie sur les maladies chroniques en Estrie comprendra cinq volets. Les trois premiers volets publiés au cours de l'année traitent respectivement des maladies cardiovasculaires, du cancer et du diabète. L'objectif est de fournir, à travers une approche populationnelle, des informations éclairantes et utiles aux décideurs et aux intervenants de la santé et des services sociaux. Ces documents sont aussi accessibles sur le site Internet de l'Agence.

Le programme national de santé publique

Au cours de l'année, l'équipe du Service soutien méthodologique et évaluation a fourni les données sur les besoins de santé de la population dans le cadre des plans d'actions locaux de santé publique ainsi que les informations de surveillance nécessaires à leur suivi. Ces données ont été intégrées au Système d'information intégré en santé publique. Au niveau national, l'équipe a contribué à l'élaboration du Plan commun de surveillance.

Le programme de subventions en santé publique

Dans le cadre du concours 2003-2005 du programme de subventions en santé publique, lancé en février 2004 auprès des établissements et organismes du réseau de la santé et des services sociaux, douze projets d'études ou d'évaluations ont été soumis par les promoteurs. En septembre 2004, à la suite d'une démarche d'évaluation, huit projets ont été retenus, totalisant une somme de 312 980 $.

Le bilan de gestion et d'imputabilité

Dans le cadre de l'Entente de gestion et d'imputabilité, certains engagements concernant les services de santé publique ont été pris entre l'Agence et le Ministère. Voici les résultats :

Fiche de reddition de comptes

Axe d'intervention :	**VIH/SIDA, VHC et ITS**

Résultats attendus	Accroître l'accessibilité des tests de dépistage des infections transmissibles sexuellement et par le sang auprès de l'ensemble de la clientèle des SIDEP, ainsi qu'auprès des clientèles vulnérables hors les murs.
	Accroître l'accessibilité des vaccinations recommandées auprès de l'ensemble de la clientèle des SIDEP, ainsi qu'auprès des clientèles vulnérables hors les murs.

Indicateurs	**Cibles 2004-2005**	**Résultats 2004-2005**
Volume de tests de dépistage des infections transmissibles sexuellement et par le sang réalisé par les SIDEP auprès de l'ensemble de la clientèle.	Non déterminée	2393
Volume de tests de dépistage des infections transmissibles sexuellement et par le sang réalisés auprès des clientèles vulnérables hors les murs du SIDEP.	Non déterminée	946
Volume de vaccinations auprès de l'ensemble de la clientèle du SIDEP.	Non déterminée	363
Volume de vaccinations des clientèles vulnérables hors les murs du SIDEP.	Non déterminée	198

Commentaires

Résultats

Les résultats de 2004-2005 serviront de point de référence pour le suivi de l'évolution des prochaines années.

Discussion

La clientèle « hors les murs » pose un défi significatif aux intervenants du SIDEP, relativement à l'accessibilité et la lourdeur de la clientèle.

Nom :	Reno Proulx	Date :	2005-05-19

Fiche de reddition de comptes

Axe d'intervention :	**Santé environnementale**

Résultats attendus	Augmenter le nombre de réseaux de distribution d'eau de consommation sous surveillance afin de procéder, lorsque requis, aux interventions de santé publique pertinentes.

Indicateurs	**Cibles 2004-2005**	**Résultats 2004-2005**
Nombre de réseaux sous surveillance.	300	244

Commentaires

Résultats

Au début de l'année 2004-2005, le nombre de réseaux sous surveillance était de 208. Au cours de l'année, 36 réseaux se sont ajoutés.

Discussion

Depuis juin 2001, en collaboration avec le ministère du Développement durable, de l'Environnement et des Parcs, la Direction de santé publique participe à détecter la présence de réseaux de distribution d'eau de consommation répondant aux critères du Règlement sur la qualité de l'eau potable, et les ajoute ensuite au système de surveillance. Le nombre de nouveaux réseaux détectés a été important au départ, mais les réseaux encore inconnus se font de moins en moins nombreux au fil des années. C'est ce qu'on a pu observer en 2004-2005, avec un ajout de seulement 36 nouveaux réseaux au lieu des 92 projetés.

Nom :	Reno Proulx	Date :	2005-05-19

Fiche de reddition de comptes

Axe d'intervention :	**Santé environnementale**

Résultats attendus	Réduire l'exposition au pollen de l'herbe à poux.

Indicateurs	***Cibles 2004-2005***	***Résultats 2004-2005***
Élaboration d'un portrait de la situation régionale auprès des 88 municipalités et des sept MRC.	Non déterminée	Fait
Réalisation d'un plan d'action visant à outiller les municipalités dans leur lutte contre l'herbe à poux.	Non déterminée	Fait
Développement, à l'intention des professionnels de la santé, d'un outil de sensibilisation à la saison pollinique et aux différentes recommandations à suivre en présence d'herbe à poux.	Non déterminée	Fait

Commentaires

Résultats

Les actions entreprises jusqu'ici (portrait régional, plan d'action et outil) permettront l'implantation régionale de la campagne provinciale de 2005 sous le thème « L'Herbe à poux, j'en nez assez ». Une activité de formation de gestionnaires « terrain » des municipalités et de chacune des MRC est en cours d'élaboration et est prévue au printemps 2005.

Discussion

La lutte à l'herbe à poux est un des objectifs du Programme national de santé publique. La prise en charge de ce dossier en développement a été tardive car les budgets disponibles ne permettaient l'embauche d'une ressource qu'à l'hiver 2005.

Nom :	Reno Proulx	Date :	2005-05-19

Fiche de reddition de comptes

Axe d'intervention :	**Santé publique – Développement, adaptation et intégration sociale**

Résultats attendus	Rejoindre 60 % des femmes enceintes et les mères âgées de 20 ans ou plus, sous-scolarisées et vivant sous le seuil de faible revenu.
	Avoir réalisé le nombre d'interventions requis en période prénatale et post natale auprès des femmes rejointes, tel que défini dans le cadre de référence ministériel.

Indicateurs	***Cibles 2004-2005***	***Résultats 2004-2005***
Nombres de femmes de 20 ans et plus nouvellement rejointes par les services intégrés de périnatalité	242	239*
Nombre moyen d'intervention réalisée dans le cadre des services intégrés en périnatalité – volet prénatal	5,10	4,89
Nombre moyen d'intervention réalisée dans le cadre des services intégrés en périnatalité – volet postnatal	11,93	11,98

Commentaires

Résultats

Le nombre de femmes rejointes correspond à 98,7 % de la clientèle ciblée.

* Il est possible que le nombre et la proportion de femmes rejointes soient surestimés. Les données régionales dont nous disposons laissent croire que le profil d'intervention 512 a parfois été utilisé pour des clientes qui ne correspondent pas à ce profil.

Le nombre moyen d'interventions prénatales et postnatales réalisées auprès des femmes rejointes est semblable à celui qui est ciblé.

Nom :	Renée Cyr	Date :	2005-05-24

Fiche de reddition de comptes

Axe d'intervention :	**Services de première ligne offerts aux jeunes en difficulté**

Résultats attendus	• Offrir un suivi intensif pour 80 % des jeunes femmes enceintes et des mères de moins de 20 ans dans le cadre du *Programme de soutien aux jeunes parents*

Indicateurs	***Cibles 2004-2005***	***Résultats 2004-2005***
Clientèle rejointe par les services intégrés en périnatalité dans le cadre du Programme de soutien aux jeunes parents	120	93*
Intensité des services offerts dans le cadre des services intégrés en périnatalité – volet du Programme de soutien aux jeunes parents – prénatal	6,41	6,53
Intensité des services offerts dans le cadre des services intégrés en périnatalité – volet du Programme de soutien aux jeunes parents – postnatal	10,19	8,67

Commentaires

Résultats

Ce résultat comprend dix jeunes femmes enceintes suivie par la Villa Marie-Claire inc., un établissement de réadaptation s'adressant aux mères en difficultés graves d'adaptation, qui ont donné naissance à leur enfant en 2004-2005 ; ce qui porte à 93 le nombre de jeunes femmes qui ont bénéficié d'un suivi intensif. Ce nombre représente 77,5 % de la clientèle visée, une proportion légèrement plus faible que celle qui est visée.

Le nombre moyen d'interventions prénatales est sensiblement le même que celui de l'an dernier alors que le nombre moyen d'interventions postnatales est plus faible. Les raisons de cet écart seront explorées.

Nom :	Renée Cyr	Date :	2005-05-24

Fiche de reddition de comptes

Axe d'intervention :	**Autres priorités du Plan d'action régional de santé publique** **Développement, adaptation et intégration sociale – périnatalité**

Résultats attendus	Consolidation du Programme intégré d'interventions préventives 0-5 ans par l'ajout de ressources de soutien en orthophonie (162 000 $)

Indicateurs	***Cibles 2004-2005***	***Résultats 2004-2005***
Nombre d'équivalent temps complet	2,4 ETC	2,2 ETC

Commentaires

Résultats

2,2 ETC sur 2,4 ETC : Problème de recrutement d'une orthophoniste dans une MRC.

Discussion

Discussion en cours avec le CSSS d'une autre MRC afin de pallier la situation.

Nom :	Sandra Brassard	Date :	2005-05-19

Fiche de reddition de comptes

Axe d'intervention :	**Autres priorités du Plan d'action régional de santé publique** **Développement, adaptation et intégration sociale – périnatalité**

Résultats attendus	Mise en place partielle d'intervenantes-pivots en allaitement dans les CLSC pour soutenir l'implantation « Initiative des amis des bébés » (81 033 $)

Indicateurs	***Cibles 2004-2005***	***Résultats 2004-2005***
Nombre d'équivalent temps complet	1,2 ETC	1,2 ETC

Commentaires

Résultats

Cible atteinte à 100 % : 1,2 ETC sur 1,2 ETC

La mise en place partielle d'intervenantes-pivots en allaitement a permis aux établissements de débuter la sensibilisation du personnel sur le programme « Initiative des amis des bébés » ainsi que la formation en allaitement maternel requise par ce programme.

Nom :	Roselyne Collard	Date :	2005-05-23

Fiche de reddition de comptes

Axe d'intervention :	**Santé publique : Développement, adaptation et intégration sociale**

Résultats attendus	Poursuivre le déploiement du programme « Fluppy » dans l'ensemble des MRC (288 200 $) : - Hausse du nombre de classes de maternelle - Hausse du nombre de familles desservies

Indicateurs	***Cibles 2004-2005***	***Résultats 2004-2005***
Nombre de classes de maternelle où se donne le programme	73	Les données 2004-2005 seront disponibles seulement à la fin de l'année scolaire
Nombre de familles recevant une intervention à domicile	143	

Commentaires

Résultats

En ce qui a trait au nombre de classes de maternelle, des informations préliminaires nous indiquent que cette cible est atteinte à 100 %.

Par ailleurs, les informations actuellement disponibles quant au nombre de familles bénéficiant du suivi intensif nous indiquent que cette cible ne sera pas atteinte totalement.

Discussion

L'atteinte de la cible reliée au suivi intensif familial est tributaire de l'acceptation de l'intervention par les parents. Dans certaines MRC, on observe un taux de refus de près de 50 % des parents. De plus, en milieu rural, le nombre limité d'enfants fréquentant les classes de maternelle ne permet pas de cibler nécessairement 2 enfants par classe; ceci limite le nombre potentiel de familles à suivre.

Nom :	Liliane Pagé	Date :	2005-05-19

Fiche de reddition de comptes

Axe d'intervention :	**Santé publique – Habitudes de vie et maladies chroniques**

Résultats attendus	Déploiement des centres d'abandon du tabagisme (CAT).

Indicateurs	***Cibles 2004-2005***	***Résultats 2004-2005***
Nombre de fumeurs qui ont reçu des services de cessation dans des centres d'abandon du tabagisme (CAT)	181	247

Nom :	Denise Beauséjour	Date :	2005-05-19

Fiche de reddition de comptes

Axe d'intervention :	**Santé publique : Habitudes de vie et maladies chroniques**

Résultats attendus	Consolider le Programme québécois de dépistage du cancer du sein (PQDCS) et la fonction assurance qualité selon les normes établies au cadre de référence du programme et atteindre : - une hausse de 5 % du taux de participation au programme; - un taux de cancers détectés plus grand que 5,0/1 000 en dépistage initial et plus grand que 3,5/1 000 en dépistages subséquents; - une réduction de 1 point de % du taux de référence pour investigation en dépistage initial ; une réduction de 0,5 point de % du taux de référence pour investigation en dépistages subséquents.

Indicateurs	***Cibles 2004-2005***	***Résultats 2004-2005***
Taux de participation au programme	61,4 %	64,5 %
Taux de cancers détectés :		
> 5,0/1 000 en dépistage initial	5,0/1 000	8,2/1 000*
≥ 3,5/1 000 en dépistages subséquents	3,5/1 000	5,7/1 000*
Taux de référence pour investigation :		
en dépistage initial	12,5 %	12,9 %
en dépistages subséquents	7,7 %	6,9 %

Commentaires

Résultats

* Ces chiffres reflètent les taux de cancers détectés pour l'année 2002.

Le calcul de cet indicateur requiert une période de 2 ans entre le recueil des données et la production du résultat

Nom :	Ginette Varin	Date :	2005-05-19

4.2 Le programme des services généraux - activités cliniques et d'aide

Les faits saillants 2004-2005

La violence sexuelle

Suite à l'adoption du Modèle d'organisation de services pour l'intervention médico-socio-judiciaire auprès des victimes d'agression sexuelle et de leurs proches en avril 2004, un comité de suivi intersectoriel a été mis sur pied afin de s'assurer de l'application du protocole d'intervention médico-socio-judiciaire, selon les modalités retenues dans le modèle d'organisation de services. Aussi, ce comité travaillera à favoriser la collaboration des différents partenaires et à solutionner les différents obstacles qui surgiront tout au cours de la mise en œuvre du modèle d'organisation de services. Présentement, le comité de suivi est à terminer son plan d'action triennal.

Différentes actions ont été entreprises pour informer et soutenir les personnes concernées dans l'application du protocole : tournée d'information dans les différentes MRC auprès des principaux partenaires locaux; six sessions de formation sur l'accueil, la référence et

l'accompagnement en situation d'urgence ou de dévoilement auprès du personnel de l'Urgence-Détresse, des centres de santé et de services sociaux et des organismes communautaires; élaboration d'une fiche de suivi pour le centre désigné.

La violence conjugale

Dans sa lutte contre la violence faite aux femmes, le Ministère a accordé des ressources financières aux centres de femmes, aux maisons d'hébergement et aux organismes intervenant auprès des conjoints violents de l'Estrie, montants qui leur ont été acheminés par l'Agence.

En plus des services de base, les maisons d'hébergement pour les femmes victimes de violence conjugale et leurs enfants ont consolidé leurs interventions spécifiques auprès des enfants témoins de violence conjugale. Le suivi des indicateurs auprès de ces ressources nous indique que 176 enfants ont reçu des services d'une intervenante « enfant » dans une des maisons d'hébergement de l'Estrie au cours de l'année 2004-2005.

Les groupes de médecine de famille

En cours d'année, d'autres groupes de médecine de famille ont reçu leur accréditation. En premier lieu, le Groupe de médecine de famille des Deux-Rives du CLSC de Sherbrooke / Institut universitaire de gériatrie de Sherbrooke, ensuite le Groupe de médecine de famille Clinique médicale du Lac de la région de Memphrémagog ainsi que le Groupe de médecine de famille des Frontières de la région de Coaticook. L'objectif de réalisation pour l'année 2004-2005 est atteint avec sept groupes de médecine de famille sur le territoire de l'Estrie.

Le bilan de gestion et d'imputabilité

Fiche de reddition de comptes

Axe d'intervention :	**Femmes victimes de violence**

Résultats attendus	Augmenter le nombre d'enfants exposés à la violence conjugale ayant reçu des services d'une intervenante « jeunesse » d'une maison d'hébergement

Indicateurs	***Cibles 2004-2005***	***Résultats 2004-2005***
Nombre d'enfants exposés à la violence conjugale ayant reçu des services d'une intervenante « jeunesse » d'une maison d'hébergement	58	176

Commentaires

Résultats

Le nombre d'enfants ayant reçu des services en 2004-2005 a triplé comparativement à la cible atteinte au 31 mars-2004 (58).

Discussion

Cet écart s'explique par le fait que les données de l'année passée ont été compilées sur une période de cinq (5) mois (novembre 2004 à mars 2005).

De plus, les sommes allouées depuis 2003 ont permis aux maisons d'hébergement de consolider leur services « jeunesse » dans leur ressource en offrant plus d'heures de services d'intervention « jeunesse ».

Nom :	Ginette Noël	Date :	2005-06-13

Fiche de reddition de comptes

Axe d'intervention :	**Services médicaux généraux**

Résultats attendus	Augmenter la proportion de la population inscrite auprès d'un GMF
	Augmenter le nombre de GMF

Indicateurs	***Cibles 2004-2005***	***Résultats 2004-2005***
Proportion de la population inscrite auprès d'un GMF[1]	25 255	29 052
Nombre de GMF	7	7

Commentaires			
Résultats Nous constatons que les objectifs ciblés en début d'année ont été atteints et même dépassés. Les efforts déployés ainsi que les modalités mises en place ont contribué grandement à ces résultats.			
Nom :	Marie-France Fournier	Date :	2005-06-13

Fiche de reddition de comptes

Axe d'intervention :	**Services infirmiers généraux**

Résultats attendus	Augmenter le nombre d'usagers desservis par les services infirmiers
	Augmenter le nombre d'interventions par usager réalisées dans le cadre des services infirmiers
	Augmenter le nombre d'appels traités (taux d'utilisation du service Info-Santé par 1 000 personnes : 386/1 000)

Indicateurs	***Cibles 2004-2005***	***Résultats 2004-2005***
Nombre d'usagers desservis par les services infirmiers	25 592	23 056
Nombre d'interventions par usager réalisées dans le cadre des services infirmiers	3,03	3,01
Nombre d'appels traités	114 778	117 146

Commentaires			
Résultats Le nombre d'usagers desservis en services infirmiers est légèrement inférieur à la cible, soit de 2 536. Il est à noter qu'un CSSS n'indique pas les données dans le registre. Il en est de même pour ce qui est du nombre d'interventions par usager. Comme il n'y a pas de liste d'attente, nous considérons la situation satisfaisante. Le nombre d'appels traités par le service d'Info-Santé est supérieur de 2 368 à la cible fixée. Le volume d'appels réalisé en 2004-2005 correspond à un taux de 389/1 000 (population 2005) soit 3 appels pour 1 000 de plus que la cible.			
Nom :	Édith Couture	Date :	2005-06-13

[1] Résultat au 31 mars 2005, tels que fournis par le rapport produit le 2 juin 2005.

Fiche de reddition de comptes

Axe d'intervention :	**Services psychosociaux généraux**

Résultats attendus	Augmenter le nombre d'usagers desservis dans le cadre des services psychosociaux
	Augmenter le nombre moyen d'interventions par usager réalisées dans le cadre des services psychosociaux
	Augmenter le nombre d'usagers desservis par des psychologues
	Augmenter le nombre moyen d'interventions par usager réalisées par des psychologues

Indicateurs	***Cibles 2004-2005***	***Résultats 2004-2005***
Nombre d'usagers desservis	2 152	2 587
Nombre moyen d'interventions par usager	3,74	3,54
Nombre d'usagers desservis	79	23
Nombre moyen d'interventions par usager	3,99	3,91

Commentaires

Résultats

Le nombre d'usagers desservis en services psychosociaux est supérieur à la cible : 435 usagers de plus.

Le nombre moyen d'interventions est légèrement en-deçà de la cible de 0,2. Considérant qu'aucun investissement n'a été fait dans ce secteur, nous estimons que les établissements se sont ajustés à la demande en augmentant le nombre d'usagers et en réduisant légèrement la fréquence d'intervention.

Discussion

Au 31 mars 2004, un seul CSSS avait rapporté des interventions par un psychologue. En l'absence d'investissement pour ce type de services, la cible 2004-2005 avait été établie en reproduisant les résultats de ce CSSS. Les vérifications à la codification faites en cours d'année ont mis en évidence que le point de départ au 31 mars 2004 aurait dû être « 0 » usagers et « 0 » interventions par usager. Les résultats de cette année sont plus fiables.

Nom :	Édith Couture	Date :	2005-06-13

Fiche de reddition de comptes

Axe d'intervention :	**Soutien à domicile suite à une intervention chirurgicale**

Résultats attendus ·	Augmenter le nombre de personnes desservies

Indicateurs	***Cibles 2004-2005***	***Résultats 2004-2005***
Nombre de personnes desservies	2 036	1 920

Commentaires

Résultats

L'écart régional de -116, soit de -6 % de la cible, résulte de la demande de soutien des centres hospitaliers. Malgré une augmentation significative du nombre de chirurgies d'un jour et avec hospitalisation, le besoin pour des soins et services suite à une intervention chirurgicale a diminué. Les soins étant donnés dans les délais prévus, le volume d'activités est jugé satisfaisant.

Nom :	Édith Couture	Date :	2005-06-13

4.3 Le programme pour les personnes en perte d'autonomie liée au vieillissement

Les faits saillants 2004-2005

Le mécanisme d'accès à l'hébergement

Les données extraites du logiciel IMAGES aux 31 mars 2003, 2004 et 2005 démontrent une nette amélioration de la performance de la région. Il y a amélioration des délais d'attente des personnes admises (diminution de 59 %) ainsi que du nombre de personnes en attente (diminution de 45 %), même s'il y a plus de personnes admises (augmentation de 22 %). Les comités d'accès ont traité 878 demandes.

À l'examen des données par territoire, il se dégage un besoin de ressources intermédiaires et de ressources de type familial.

Les clientèles en attente de transfert

Le 1er décembre 2004, il y a eu application de la mesure visée par la Politique régionale concernant la prise en charge de la clientèle en attente de transfert de la courte durée vers l'hébergement, portant à sept jours ouvrables le délai maximal d'attente en regard des clientèles ayant reçu une orientation par le Comité local du mécanisme d'accès. Il est entendu qu'au delà de ce délai, le financement est assumé par le réseau PAPA (personnes âgées en perte d'autonomie).

L'évaluation annuelle des clientèles hébergées

L'évaluation annuelle des clientèles hébergées a été réalisée pour une quatrième fois à l'aide du système de classification des profils ISO-SMAF. Les résultats démontrent que 72,4 % de la clientèle en centre d'hébergement et de soins de longue durée correspond aux profils d'admissibilité de dix et plus.

Le taux de roulement en centre d'hébergement et de soins de longue durée est de 42,73 % pour l'Estrie, alors qu'il se situe à 57,52 % en ressources intermédiaires et à 22,22 % en ressources de type familial.

Les projets novateurs

Dans le cadre du dossier « Pour un nouveau partenariat au service des aînés », visant le développement de nouvelles formules de prestations de services qui respectent le choix de vie des personnes et une meilleure complémentarité avec le secteur privé et la communauté, il y a eu soutien au projet « Demeurer chez soi avec des services intensifs » présenté par le Centre de santé et de services sociaux de la MRC-d'Asbestos. Ce projet a été retenu par le Ministère et le Centre de santé et de services sociaux de la MRC-d'Asbestos s'est vu octroyer une subvention de 293 136 $.

L'hébergement en milieu de vie substitut

L'année 2004-2005 correspond à la première année de la réalisation des mesures à mettre en place dans le cadre du Plan d'action régional sur la qualité de vie pour les personnes hébergées en centre d'hébergement et de soins de longue durée. Parallèlement, le Ministère a instauré une démarche de visites annuelles de centres d'hébergement de soins de longue durée dans chacune des régions du Québec. Ces visites d'appréciation permettent d'évaluer la qualité des milieux de vie des personnes hébergées et de faire des recommandations pertinentes devant faire l'objet d'un plan d'action de chaque établissement visité.

Pour faire face aux défis relatifs au vieillissement de la population, des établissements ont amorcé des démarches importantes visant à ajuster leur offre de services pour mieux répondre aux besoins des personnes âgées en perte d'autonomie et à leur volonté de demeurer le plus longtemps possible dans leur milieu de vie. C'est ainsi que certains établissements ont réduit le nombre de lits réservés à l'hébergement institutionnel pour réinvestir les montants économisés dans les services de soutien à domicile et dans le développement d'alternatives à l'hébergement.

Les résidences pour personnes âgées

Le projet de loi du Ministère vise, entre autres, à améliorer la sécurité des milieux de vie et la qualité des services rendus aux personnes logées en résidences. En effet, le projet de loi introduit la notion de certification pour les résidences. L'un des critères de cette certification est la participation à un programme d'appréciation de la qualité. Dans cette perspective, l'Agence a amorcé des travaux avec ses collaborateurs afin que l'Estrie se dote d'un programme d'appréciation de la qualité.

Entre-temps, comme la loi le prévoit, les démarches de mise à jour du registre régional des résidences pour personnes âgées ont été amorcées.

L'offre de services aux proches

Dans le cadre des orientations ministérielles sur les personnes âgées en perte d'autonomie et de la Politique de soutien à domicile, le Ministère a soulevé l'importance de soutenir les aidants naturels. C'est dans ce contexte que l'Agence a dégagé un montant récurrent de l'ordre de 266 826 $ dans le but de déployer une offre de services aux proches de personnes âgées en perte d'autonomie.

Le bilan de gestion et d'imputabilité

Fiche de reddition de comptes

Axe d'intervention :	**Perte d'autonomie : Services dans le milieu de vie**

Résultats attendus	Augmenter le nombre de personnes âgées en perte d'autonomie (PAPA) recevant des services à domicile
	Augmenter le nombre moyen d'interventions à domicile par personne par année

Indicateurs	***Cibles 2004-2005***	***Résultats 2004-2005***
Nombre de personnes recevant des services à domicile	7 529	8 237
Nombre moyen d'intervention à domicile par personne par année	15,35	19,29

Commentaires

Résultats

Les résultats au 31 mars 2005 dépassent les cibles fixées au début de l'année en raison de précisions apportées à la codification des usagers et des interventions et de l'ajout des services achetés par les centres de santé. Ces améliorations au système d'information engendrent des résultats qui reflètent mieux que l'an dernier les services offerts aux personnes âgées en perte d'autonomie.

Nom :	Carole Roy	Date :	2005-06-13

Fiche de reddition de comptes

Axe d'intervention :	**Services offerts aux personnes hébergées en milieu de vie substitut**

Résultats attendus	Augmenter le nombre moyen d'heures travaillées par jour-présence, en soins infirmiers et d'assistance
	Augmenter le nombre moyen d'heures travaillées par jour-présence, en services professionnels

Indicateurs	***Cibles 2004-2005***	***Résultats 2004-2005***
Nombre moyen d'heures travaillées par jour-présence, en soins infirmiers et d'assistance	3,16	3,27
Nombre moyen d'heures travaillées par jour-présence, en services professionnels	0,24	0,25

Commentaires

Résultats

La cible du nombre d'heures travaillées en soins infirmiers et d'assistance a été dépassée. Ceci est dû à un nombre d'heures travaillées supérieur au résultat attendu et à un nombre de jours-présence en CHSLD inférieur à ce qui était prévu. En conséquence, on observe une augmentation de l'intensité des heures en soins infirmiers et d'assistance pour la clientèle hébergée. Mentionnons que la majorité des établissements ont dépassé leur cible individuelle et que seulement deux d'entre eux ont atteint des résultats légèrement inférieurs à leur cible.

Pour ce qui est du nombre moyen d'heures travaillées en services professionnels, la cible pour la région a été légèrement dépassée en raison d'une diminution plus importante des jours-présence en CHSLD que du nombre d'heures travaillées en services professionnels. Il en résulte donc une augmentation de l'intensité des services professionnels offerts à la clientèle. De plus, tous les établissements ont atteint ou dépassé leur cible individuelle.

Nom :	Denis Beaulieu	Date :	2005-06-13

4.4 Le programme en déficience physique

Les faits saillants 2004-2005

Il s'agissait de la première année complète de réalisation du plan d'action régional sanctionné en octobre 2003. Les réalisations concernent principalement :

- l'augmentation du nombre d'usagers recevant des services spécialisés de réadaptation dans les programmes en déficience motrice, visuelle, auditive, du langage et de la parole;
- la consolidation des services dans le milieu et l'amélioration de la liaison entre la première et la deuxième ligne;
- la poursuite des travaux visant la mise en place d'alternatives à l'hébergement institutionnel.

Une répartition budgétaire en déficience physique

Les crédits de développement ont permis la consolidation de services spécialisés de réadaptation destinés aux enfants du programme « Déficience motrice enfants/ adolescents », aux enfants du programme « Déficience du langage et de la parole », aux usagers des programmes « Déficience visuelle » et « Déficience auditive » et la consolidation de services dans le milieu, notamment : les services psychosociaux de la première ligne, les allocations financières pour le programme de soutien à la famille (répit et gardiennage) et les allocations directes pour le soutien à domicile de personnes ayant une déficience physique.

Une autre allocation a permis de consolider un programme d'activités de jour offert par un organisme communautaire pour une clientèle de personnes avec traumatismes crâniocérébraux et d'accidentés cérébrovasculaires.

Le bilan de gestion et d'imputabilité

Fiche de reddition de comptes

Axe d'intervention :	**Déficience physique : Services dans le milieu de vie**

Résultats attendus	Augmenter le nombre de personnes desservies par des services de soutien à domicile
	Augmenter le nombre de familles desservies par des services de soutien par allocation directe
	Augmenter le nombre moyen d'interventions par usager en soutien à domicile
	Augmenter le montant moyen versé par usager pour des services de soutien par allocation directe

Indicateurs	***Cibles 2004-2005***	***Résultats 2004-2005***
Nombre de personnes desservies	2 547	2 216
Nombre moyen d'interventions par usager	19,42	23,4
Nombre de familles desservies	261	272
Montant moyen versé par usager	1 034 $	1 047 $

Commentaires

Résultats pour le nombre de personnes desservies en soutien à domicile
La cible a été atteinte à hauteur de 87 % par rapport aux résultats attendus.

Discussion
Au cours des deux dernières années, les travaux provinciaux visant à distinguer les profils d'intervention 210 (déficience physique) et 710 (perte d'autonomie liée au vieillissement) ont donné lieu à des changements ou précisions au cadre normatif, précisions qui rendent inexact le point de départ utilisé pour les ententes de gestion 2004-2005. Les erreurs contenues dans le point de départ au 31 mars 2004 sont dues aux faits suivants :

- les ergothérapeutes et les physiothérapeutes priorisaient le profil d'intervention 210 au profil 710, ce qui surestime le nombre d'usagers avec profil 210;
- la codification par les auxiliaires familiales n'avait pas été révisée depuis deux ans, de sorte que les nouvelles consignes du cadre normatif pour le profil d'intervention 210 n'étaient pas respectées, ce qui surestimait le nombre de profils 210;
- l'analyse de la base de données 2003-2004 a également mis en évidence un nombre significatif d'usagers de 75 ans et plus présentant un profil 210, ce qui est peu probable chez une personne handicapée de cet âge.

En conséquence, suite à ces précisions, le point de départ au 31 mars 2004 aurait dû être 2 356 usagers et la cible 2004-2005, 2 400 usagers.

Dans cette perspective, l'écart à la cible est donc de 184 usagers pour un niveau d'atteinte de 92 %. L'écart est en partie due aux difficultés rencontrées par un CSSS dans le remplacement d'une ergothérapeute.

Résultats pour le nombre moyen d'interventions par usager
La cible est dépassée.

Discussion
Pour les mêmes motifs mentionnés pour le nombre de personnes desservies, le point de départ au 31 mars 2004 aurait dû être de 20,1 interventions par usagers (47 350 interventions/2 356 usagers).

Dans cette perspective, la correction demandée au point de départ au 31 mars 2004 ne modifie pas le fait d'avoir dépassé le résultat attendu en regard de la fréquence d'intervention.

Résultats pour le nombre de familles desservies par allocation directe
La cible visée a été dépassée.

Résultats du montant moyen versé par usager
La cible visée a été dépassée.

Nom :	André Brien	Date :	2005-06-13

Fiche de reddition de comptes

Axe d'intervention :	**Déficience physique : Services spécialisés**

Résultats attendus	Augmenter le nombre de personnes desservies en déficience motrice
	Augmenter le nombre de personnes desservies en déficience visuelle
	Augmenter le nombre de personnes desservies en déficience auditive
	Augmenter le nombre d'enfants desservis pour une déficience de la parole et du langage

Indicateurs	***Cibles 2004-2005***	***Résultats 2004-2005***
Nombre de personnes desservies en déficience motrice	1 142	1 245
Nombre de personnes desservies en déficience visuelle	781	757
Nombre de personnes desservies en déficience auditive	280	354
Nombre d'enfants desservis pour une déficience de la parole et du langage	307	334

Commentaires

Résultats

Trois des quatre cibles ont été atteintes ou largement dépassées :

- nombre de personnes desservies en déficience motrice
- nombre de personnes desservies en déficience auditive
- nombre de personnes desservies en déficience du langage et de la parole

Seule la cible pour les personnes desservies en déficience visuelle n'a été atteinte qu'à hauteur de 97 %. Par ailleurs, le nombre de personnes en attente d'un premier service demeure peu élevé et semblable à l'an dernier (n = 18).

Nom :	André Brien	Date :	2005-06-13

4.5 Le programme en déficience intellectuelle et en troubles envahissants du développement

Les faits saillants 2004-2005

Adopté en mai 2003, le Plan d'action régional en déficience intellectuelle a marqué l'an II de sa mise en œuvre. Les principaux résultats de l'année sont les suivants :

- la mise à jour de protocoles de liaison entre la première et la deuxième ligne (Urgence-Détresse, Info-Santé) et la consolidation du rôle exercé par les intervenants dédiés de la première ligne;

- la poursuite de travaux destinés à consolider les services d'adaptation et de réadaptation, notamment : l'arrimage avec le centre de réadaptation en déficience physique pour des usagers recevant des services de réadaptation fonctionnelle, la révision des services socioprofessionnels et l'orientation de certains usagers inscrits dans ce programme;

- le soutien à la mise en place de moyens innovateurs pour favoriser la participation sociale.

Une répartition budgétaire en déficience intellectuelle a permis la consolidation de services spécialisés (stimulation précoce pour les enfants de 5 ans et services sociorésidentiels), l'augmentation des services psychosociaux d'intervenants pivot au plan des services dans le milieu et le rehaussement du programme des allocations financières du programme de soutien à la famille (répit et gardiennage). Un autre montant a permis d'assumer la prise en charge de services infirmiers auxiliaires dans une école spécialisée et de soutenir des activités de répit rendus disponibles par deux organismes communautaires.

Un modèle d'organisation des services pour les personnes ayant des troubles envahissants du développement

Les travaux relatifs au Modèle d'organisation des services pour les personnes ayant des troubles envahissants du développement, adopté en octobre 2003, se sont poursuivis en vue d'assurer l'implantation de ses diverses composantes, notamment :

- **la consolidation du Service régional d'accès (STRATED) :** à partir de juin 2004, il y a eu la mise en place et le rodage d'un mode opérationnel entre le Service régional d'accès – devenu le nouveau point de chute de toutes les demandes d'évaluation diagnostique – et la Clinique développementale de la pédopsychiatrie. Ce mode impliquait, entre autres, l'élaboration et la mise à l'essai de protocoles pour les évaluations diagnostiques et spécialisées entre le Regroupement CNDE / Dixville et le Centre hospitalier universitaire de Sherbrooke;

- **le protocole relatif à une approche concertée :** des travaux entre le Regroupement CNDE / Dixville et le Centre hospitalier universitaire de Sherbrooke ont été initiés aux fins suivantes : d'une part, préciser une entente globale de collaboration pour assurer une complémentarité de services et, d'autre part, préciser des modalités destinées à soutenir une approche concertée;

- **l'évaluation globale des besoins :** un protocole d'évaluation globale a été élaboré par le Regroupement CNDE / Dixville et l'ensemble des partenaires de la première et de la deuxième ligne;

- **la détection des personnes ayant un trouble envahissant du développement :** démarche pilotée par le Regroupement CNDE / Dixville visant à doter notre région d'une façon de faire impliquant l'ensemble des établissements partenaires intraréseau et interréseau.

Le bilan de gestion et d'imputabilité

Fiche de reddition de comptes

Axe d'intervention :	**Déficience intellectuelle : Services dans le milieu de vie**

Résultats attendus	Augmenter le nombre de personnes desservies par des services de soutien à domicile
	Augmenter le nombre moyen d'interventions en soutien à domicile par usager
	Augmenter le nombre de familles desservies par des services de soutien par allocation directe
	Augmenter le montant moyen versé par famille ayant reçu des services de soutien par allocation directe

Indicateurs	***Cibles 2004-2005***	***Résultats 2004-2005***
Nombre de personnes desservies	390	320
Nombre moyen d'interventions	4,94	6,44
Nombre de familles desservies	283	276
Montant moyen versé par famille	1 150 $	1 091 $

Commentaires

Résultats pour le nombre de personnes desservies en soutien à domicile

La cible est atteinte à hauteur de 82 %.

Discussion

Nous croyons que les résultats obtenus ne reflètent que partiellement la réalité, ces résultats étant sous-évalués; ceci en raison d'un problème de codification : certaines activités sont classées dans d'autres centres d'activités, notamment le c/a 6562-Services sociaux généraux ou encore le 7179 –Éducation familiale et sociale. Des précisions devront être apportées à la codification au cours de la prochaine année.

Résultats pour le nombre moyen d'interventions par usager

La cible régionale est dépassée pour le nombre total d'interventions visées (2 060/1 927 interventions). Il y a un dépassement du nombre moyen d'interventions par usager par rapport au résultat attendu, mais pour un nombre de personnes inférieur à celui visé (70 personnes de moins que la cible visée).

La cible régionale aurait été malgré tout atteinte en 2004-2005 si le nombre visé d'usagers avait été actualisé.

Résultats pour le nombre de familles desservies par allocation directe

La cible visée a été atteinte à hauteur de 98 % du résultat attendu. Il y a eu une légère fluctuation à la baisse par rapport à l'année précédente.

Résultats du montant moyen versé par usager

La cible visée a été atteinte à hauteur de 92%. Il y a eu une fluctuation à la baisse du montant de dépenses totales.

Nom :	André Brien	Date :	2005-06-13

Fiche de reddition de comptes

Axe d'intervention :	**Troubles envahissants du développement**

Résultats attendus	
	Augmenter le nombre de familles desservies par des services de soutien par allocation directe
	Augmenter le montant moyen versé par famille ayant reçu des services de soutien par allocation directe
	Augmenter le nombre d'enfants de moins de 6 ans recevant un service d'intervention comportemental intensive
	Augmenter le nombre d'heures hebdomadaires d'intervention comportementale intensive par enfant de moins de 6 ans
	Augmenter le nombre de nouveaux enfants (6 à 21 ans) recevant des services spécialisés
	Augmenter le nombre de nouveaux adultes de plus de 21 ans recevant des services spécialisés

Indicateurs	***Cibles 2004-2005***	***Résultats 2004-2005***
Nombre de familles desservies	48	57
Montant moyen versé par famille	1 227	1 146
Nombre d'enfants de moins de 6 ans ayant reçu des services d'intervention comportementale intensive depuis le début de l'année	5	9
Nombre moyen d'heures hebdomadaires d'intervention comportementale intensive par enfant de moins de 6 ans	20	7,6
Nombre de nouveaux usagers (6 à 21 ans) recevant des services spécialisés depuis le début de l'année	35	38
Nombre d'adultes de plus de 21 ans recevant des services spécialisés	17	23

Commentaires

Résultats de services dans le milieu

La cible visée pour le nombre de familles desservies par allocation directe a été atteinte et dépassée. En ce qui a trait au montant moyen versé par famille, la cible a été atteinte à hauteur de 93 % du résultat attendu, le montant des dépenses totales pour l'année se situant à 65 309 $ (soit 6 435 $ de plus que le résultat attendu).

Discussion

Bien que le montant total des dépenses dépasse le résultat attendu, le montant moyen par usager n'a pu être atteint en raison d'une augmentation de près de 20 % du nombre d'usagers inscrits à ce programme par rapport à l'année précédente.

Résultats de services spécialisés

La cible visée pour le nombre d'enfants de moins de 6 ans recevant un service d'intervention comportemental intensive a été atteinte et dépassée (voir ci-dessous).

La cible du nombre moyen d'heures hebdomadaires d'intervention comportementale intensive n'a pas été atteinte.

La cible visée pour le nombre de nouveaux enfants (6 à 21 ans) recevant des services spécialisés a été dépassée (voir ci-dessous).

La cible visée pour le nombre de nouveaux adultes de plus de 21 ans recevant des services spécialisés a été dépassé (voir ci-dessous).

Discussion

Services ICI

La reddition de comptes porte uniquement sur les services d'intervention comportementale intensive de type ABA dispensés par le CRDI, tel qu'indiqué sur la fiche descriptive. Sont donc exclus tous les services offerts aux mêmes enfants par la clinique développementale du service de pédopsychiatrie du CHUS qui ont été comptabilisés séparément.

En ce qui a trait à l'atteinte du 20 heures hebdomadaires d'intervention comportementale intensive par enfant de moins de 6 ans, il n'a pas été possible d'atteindre la cible, le nombre moyen d'heures se situant à 7,6 heures.

Les divers motifs à l'origine de la non-actualisation du 20 heures par semaine par enfant sont imputables, plus particulièrement, à :

- des problèmes reliés à l'implantation et au déploiement du service ICI, notamment : la prestation de services par du personnel en cours de formation, les difficultés de remplacement du personnel dédié, les ajustements à faire aux processus et procédures de même qu'au mécanismes de coordination internes et au arrimages avec d'autres établissements;
- des problèmes reliés à la capacité de l'enfant (maladie, activités en garderie) et aux disponibilités des parents de s'inscrire à l'intérieur d'un horaire d'interventions se situant à hauteur de 20 heures ou plus par semaine;
- des heures/services qui ne peuvent être comptabilisées, par exemple, pour les évaluations préalables avant le début du service ICI qui sont requises afin de préciser les stratégies d'apprentissage à utiliser avec l'enfant; l'arrêt du décompte des heures du service ICI lorsque l'enfant atteint l'âge de 6 ans en cours d'intervention.

Diverses mesures correctives et ajustements ont été mis en place progressivement pour résoudre ces difficultés de parcours. De meilleurs résultat devraient être obtenus au cours de la prochaine année.

Services spécialisés aux 6-21 ans

La donnée de référence retenue a été le calcul de l'écart entre le nombre d'usagers desservis en début et en fin d'année. La cible a été dépassée puisqu'il s'agissait de maintenir le même nombre d'usagers desservis pour l'année 2004-2005.

Services spécialisés aux adultes

La donnée de référence retenue a été le calcul de l'écart entre le nombre d'usagers desservis en début et en fin d'année. La cible a été dépassée puisqu'il s'agissait de maintenir le même nombre d'usagers desservis pour l'année 2004-2005.

Nom :	André Brien	Date :	2005-06-13

4.6 Le programme pour les jeunes en difficulté

Les faits saillants 2004-2005

Des changements de pratiques au Centre jeunesse de l'Estrie

Au cours de la dernière année, le Centre jeunesse de l'Estrie a pris un ensemble de mesures visant à améliorer la qualité de vie des jeunes dont il a la responsabilité. Voici les deux plus importantes :

- la mobilité des jeunes en unité de réadaptation a beaucoup diminué, permettant à ceux qui y habitent une plus grande stabilité de leur milieu de vie;
- le placement en situation de crise a également diminué au profit d'une intervention de crise dans le milieu familial naturel ou d'accueil.

Le programme de réadaptation pour les jeunes en troubles de comportement

Comme par les années antérieures, des sommes ont été investies dans les services offerts par les centres de santé et de services sociaux aux jeunes présentant des troubles de comportement. En plus des sommes récurrentes pour les services, un montant non récurrent de 60 000 $ a été accordé aux centres de santé et de services sociaux pour élaborer un programme de réadaptation adapté à ces jeunes. Le défi à relever auprès de cette clientèle consiste à établir des contacts de qualité, à diversifier l'intervention et à l'intensifier. Les indicateurs pour ce programme révèlent que le volume d'activités financées a été réalisé lorsque l'on tient compte des jeunes qui présentent des troubles mentaux. Par ailleurs, le programme n'a toujours pas été élaboré et le niveau d'atteinte de la cible d'intensification des services n'est que de 60 %. Mentionnons également que, suite à la formation donnée l'an dernier sur l'utilisation d'outils d'évaluation standardisés, 154 portraits synthèses de la situation de ces jeunes et de leur famille ont été réalisés, dont un peu plus de la moitié pour les jeunes suivis par le Centre jeunesse de l'Estrie. Il semble qu'à deux exceptions près, les centres de santé et de services sociaux ont éprouvé des difficultés à implanter ce changement de pratiques au sein de leur équipe.

Finalement, mentionnons qu'un montant non récurrent de 40 000 $ a permis aux centres de santé et de services sociaux de former leurs intervenants à la rédaction de plans d'intervention, ces derniers étant considérés indispensables au succès de l'intervention en réadaptation. L'impact de cette formation se manifestera au cours de l'année 2005-2006.

L'équipe d'intervention jeunesse

L'équipe d'intervention jeunesse de la MRC de Memphrémagog en est à sa deuxième année d'opération, sous l'égide d'un comité regroupant les directeurs généraux des établissements concernés. Le coordonnateur de l'équipe et ses collaborateurs ont offert une formation aux intervenants jeunesse de tous les établissements et organismes partenaires du territoire pour que ces derniers conviennent d'un cadre de travail commun pour la réalisation des plans des services aux jeunes. Les résultats en date du 31 mars 2005 révèlent que 18 jeunes et leur famille ont convenu de leur plan de services avec des professionnels des établissements qui leur offriront des services. Mentionnons également que la présence d'une personne qui assume la coordination du processus clinique est un outil indispensable à ce partenariat.

L'entente de complémentarité MSSS-MELS pour les jeunes en difficultés

La concertation administrative et clinique entre le Centre jeunesse de l'Estrie, les centres de santé et de services sociaux et les commissions scolaires de l'Estrie s'est poursuivie au profit d'une plus grande cohérence dans l'intervention auprès des enfants et de leur famille de la région.

À cet effet, plusieurs démarches ont été effectuées dès septembre 2004 afin d'assurer la mise en œuvre régionale de l'Entente MSSS-MELS (ministère de la Santé et des Services sociaux et ministère de l'Éducation, du Loisir et du Sport). Le comité de concertation régionale de cette entente, co-présidé par le MSSS et le MELS, s'est rencontré à deux reprises. La première rencontre a permis d'approuver le mandat et le fonctionnement du comité et, la deuxième, d'adopter la délimitation des territoires locaux. Un comité exécutif est chargé d'assurer le suivi des travaux des trois comités opérationnels et de préparer les rencontres du Comité de concertation régionale.

En janvier 2005, une rencontre d'information a été organisée à l'intention des gestionnaires du secteur jeunesse. Un état de situation des trois axes de l'entente MSSS-MELS ainsi qu'une proposition pour la mise en place des comités opérationnels quant aux mandats, à la composition et aux priorités 2004-2006 ont été présentés. Les comités opérationnels se sont

rencontrés une première fois et ils ont comme mandat d'assurer le lien avec les comités territoriaux. Le 9 février 2005, une conférence de presse a eu lieu pour présenter cette entente à l'ensemble de la population estrienne. Un bulletin régional informera les intervenants concernés des deux réseaux des travaux en cours et des réalisations.

Le bilan de gestion et d'imputabilité

Les fiches de reddition de comptes qui suivent présentent les résultats détaillés des cibles convenues à l'entente de gestion MSSS/Agence 2004-2005 pour le programme jeunes en difficultés. En résumé :

- l'attente au Centre jeunesse de l'Estrie a été plus importante que prévue mais aucun débordement n'a eu lieu au Centre Val du Lac;
- la fréquence d'intervention offerte par les centres de santé et de services sociaux aux jeunes et à leur famille a augmenté, mais au détriment du nombre d'usagers desservis.

Fiche de reddition de comptes

Axe d'intervention :	**Jeunes en difficulté : Services de première ligne**

Résultats attendus	Augmenter le nombre de jeunes desservis en CLSC
	Augmenter le nombre moyen d'interventions par jeunes en CLSC
	Réduire le nombre de signalements reçus au CJE
	Réduire le nombre de signalements retenus

Indicateurs	***Cibles 2004-2005***	***Résultats 2004-2005***
Nombre de jeunes desservis	5 414	5 083
Nombre moyen d'interventions par jeunes	5,75	5,83
Nombre de signalements reçus	1 736	2 246
Nombre de signalements retenus	813	817

Commentaires

Résultats

La cible du nombre de jeunes desservis a été atteinte à un niveau de 94 %, soit 331 usagers de moins que prévu. Par ailleurs la cible liée à la fréquence d'intervention a été dépassée.

Quand aux nombre de signalements reçus il a augmenté de 29 % alors que le nombre de signalements retenus est demeuré stable.

Discussion

Les facteurs connus à l'origine de l'augmentation des signalements reçus sont les suivants :

- le nombre de signalements faits par les policiers a presque doublé. Cette augmentation résulte de l'application de l'entente multisectorielle qui prévoit le signalement automatique des abus par les tiers, ce qui n'était pas pratique courante l'an dernier. Cette augmentation des signalements pour abus par un tiers n'entraîne pas d'augmentation des signalements retenus;
- le nombre moyen de signalements par enfants a augmenté d'environ 4 % par rapport à l'an dernier;
- les signalements non retenus par le service d'Urgence sociale (128 heures/semaine) sont comptabilisés systématiquement depuis le début de l'année, ce qui n'était pas le cas l'an dernier.

L'augmentation des signalements reçus n'a pas donné lieu à une augmentation des signalements retenus.

Nom :	Carole Roy	Date :	2005-06-13

Fiche de reddition de comptes

Axe d'intervention :	**Jeunes en difficulté : Services spécialisés offerts dans les CJ**

Résultats attendus	Réduire la liste d'attente réelle à l'évaluation
	Réduire la liste d'attente à l'application des mesures
	Réduire le taux d'engorgement réel

Indicateurs	***Cibles 2004-2005***	***Résultats 2004-2005***
Nombre de jeunes en liste d'attente réelle à l'évaluation	0	5,7
Nombre de jeunes en liste d'attente à l'application des mesures	3	40
Taux d'engorgement réel	0	0

Commentaires

Résultats

Les cibles n'ont pas été atteintes pour le nombre de jeunes en liste d'attente à l'évaluation et à l'application des mesures. Par ailleurs, le taux d'engorgement en centre de réadaptation est demeuré à 0.

Discussion

L'écart à la cible 2004-2005 pour l'attente à l'évaluation vient du départ simultané de quelques membres de l'équipe d'évaluation pour d'autres postes au Centre jeunesse. Le nombre moyen de jeunes en attente demeure toutefois peu élevé.

Quand au nombre moyen de jeunes en attente à l'application des mesures, le résultat trop élevé provient du délai pris pour mettre en place de nouvelles normes de pratique. Notons qu'au 31 mars 2005 de l'année 2004-2005, le nombre de jeunes en attente était de 14, ce qui augure bien pour l'année 2005-2006.

Nom :	Carole Roy	Date :	2005-06-13

4.7 Le programme sur les dépendances

Les faits saillants 2004-2005

L'alcoologie et la toxicomanie

Au cours de l'année, le Centre Jean-Patrice Chiasson / Maison Saint-Georges a amorcé des travaux pour élaborer un programme d'activités adapté aux jeunes hébergés à l'interne dans l'une des trois places réservées pour cette clientèle.

Dans le cadre de la mise en place du mécanisme d'accès concerté et coordonné pour les jeunes nécessitant un traitement spécialisé, le Centre Jean-Patrice Chiasson / Maison Saint-Georges et le Centre jeunesse de l'Estrie ont poursuivi leur collaboration afin de mieux coordonner le cheminement de la demande à travers la trajectoire de services mise en place. Cette trajectoire de services nécessite une coordination entre les divers partenaires impliqués pour bien dépister les jeunes à risque ou ceux qui ont développé un problème important de dépendance. Dans ce contexte, des sessions de formation sur l'utilisation d'un outil de dépistage validé (DEP-ADO - grille de dépistage de consommation problématique d'alcool et de drogues chez les adolescents et adolescentes) ont été organisées pour les partenaires concernés.

Le jeu pathologique

L'implantation des services selon les orientations du plan d'action régional s'est poursuivie pendant l'année. Notamment, des organismes communautaires se sont répartis un montant spécifique de 53 331 $ leur permettant de poursuivre les services d'aide-entraide aux proches de joueurs pathologiques qui ne sont pas en traitement.

Le bilan de gestion et d'imputabilité

Fiche de reddition de comptes

Axe d'intervention :	**Toxicomanie**

Résultats attendus	Augmenter le nombre de jeunes évalués et référés par le mécanisme d'accès	
Indicateurs	***Cibles 2004-2005***	***Résultats 2004-2005***
Nombre de jeunes évalués et référés par un mécanisme d'accès	228	176

Commentaires

Résultat

La cible n'a pas été atteinte.

Discussion

La cible 2004-2005 correspond au nombre de jeunes référés au centre de réadaptation pour évaluation et non au nombre de jeunes référés pour des services spécialisés après évaluation. Autrement dit, le point de départ était inexact. L'absence de liste d'attente laisse croire que les besoins en services des jeunes de l'Estrie sont satisfaits.

Nom :	Denis Beaulieu	Date :	2005-06-13

Fiche de reddition de comptes

Axe d'intervention :	**Jeu pathologique**

Résultats attendus	Augmentation du nombre de joueurs pathologiques traités	
	Augmentation du nombre de proches de joueurs pathologiques desservis	
Indicateurs	***Cibles 2004-2005***	***Résultats 2004-2005***
Nombre de joueurs pathologiques traités	140	140
Nombre de proches de joueurs pathologiques desservis	20	17

Commentaires

Résultats

L'établissement a atteint la cible visée concernant les **joueurs pathologiques**. Selon les données enregistrées, l'établissement a connu une augmentation d'activités qui s'est maintenue jusqu'à la période 11, de sorte que les résultats attendus à la période 7 et à la période 11 ont été dépassés. Le niveau d'activités semble avoir diminué en fin d'année mais a tout de même permis à l'établissement d'atteindre la cible visée.

L'établissement a presque atteint la cible visée en desservant trois **proches** de moins que prévu. Selon les résultats obtenus, il apparaît que l'établissement a enregistré une diminution des activités lors des deux dernières périodes de l'année. En effet, à la période 11, l'établissement avait atteint le même résultat que celui enregistré à la période 13. Ainsi, il apparaît que l'établissement n'a offert de services à aucun nouvel usager au cours des deux dernières périodes de l'année.

Nom :	Denis Beaulieu	Date :	2005-06-13

4.8 Le programme en santé mentale

Les faits saillants 2004-2005

Les services aux clientèles avec troubles graves et incapacitants

Pour conclure les travaux reliés au Plan de transformation des services de santé mentale amorcés en juin 2001, l'Agence a soumis à la consultation, en mars 2005, les orientations régionales et une proposition d'organisation des services en réseau intégré pour les clientèles aux prises avec des troubles mentaux sévères et persistants.

Ce document est le résultat d'une démarche de dénombrement des clientèles visées sur chacun des territoires des centres de santé et de services sociaux, d'inventaire des ressources disponibles dans le réseau public de santé mentale et de modélisation des ressources actuelles et à venir afin d'assurer une meilleure accessibilité, continuité et qualité des services à cette fraction de la clientèle de santé mentale, particulièrement vulnérable.

Le réseau intégré des services dédiés à l'intervention de crise psychosociale, suicidaire et de santé mentale

Pour donner suite à l'analyse de la fréquentation de l'urgence du Centre hospitalier universitaire de Sherbrooke, des travaux de réorganisation sont en cours pour rendre disponibles les services d'une urgence psychiatrique régionale qui respecte les standards du guide de gestion des urgences (volet santé mentale) au plan de l'intervention auprès des clientèles psychiatriques, psychosociales et suicidaires.

Dans cette foulée, la mise en place d'une équipe de suivi dans la communauté des clientèles multiproblématiques ou à risque d'itinérance permet de désengorger l'urgence psychiatrique des clientèles pour qui cette ressource n'est pas indiquée et de trouver des solutions plus adaptées et durables avec les partenaires institutionnels et communautaires dans la communauté.

Par ailleurs, nous sommes à revoir l'organisation des services dédiés à la crise suicidaire en ce qui a trait à l'accessibilité téléphonique et terrain 24 heures par jour, sept jours par semaine, l'intervention thérapeutique et le suivi intensif des clientèles hautement suicidaires.

Les jeunes avec troubles mentaux

Avec un ajout de ressources, l'équipe du Service de pédopsychiatrie a réussi à réorganiser ses services pour diminuer considérablement sa liste d'attente en évaluation et traitement des jeunes avec troubles mentaux.

En collaboration étroite avec le secteur de la pédiatrie, ces deux services spécialisés du Centre hospitalier universitaire de Sherbrooke assurent leur rôle de soutien clinique au Centre jeunesse de l'Estrie, aux équipes territoriales actuellement en voie d'implantation ainsi qu'aux médecins de famille du territoire.

Le bilan de gestion et d'imputabilité

Fiche de reddition de comptes

Axe d'intervention :	**Santé mentale**

Résultats attendus	Augmentation du nombre d'usagers de 18 ans et plus ayant bénéficié d'évaluation et de traitement en CLSC
	Diminution du nombre de jeunes en attente d'évaluation en pédopsychiatrie
	Diminution du nombre de jeunes en attente de traitement en pédopsychiatrie
	Augmentation du nombre d'usagers ayant reçu des services de soutien d'intensité variable dans la communauté
	Augmentation du nombre d'adultes ayant reçu des services de suivi intensif et de soutien d'intensité variable dans la communauté
	Réduire la durée moyenne de séjour à la salle d'urgence pour les personnes ayant un problème de santé mentale

Indicateurs	***Cibles 2004-2005***	***Résultats 2004-2005***
Nombre d'usagers de 18 ans et plus ayant bénéficié d'évaluation et de traitement	1 772	1 711
Nombre de jeunes en attente d'évaluation en pédopsychiatrie	236	104
Nombre de jeunes en attente de traitement en pédopsychiatrie	14	13
Nombre d'usagers ayant reçu des services de soutien d'intensité variable dans la communauté	330	262
Nombre d'adultes différents ayant reçu des services de suivi intensif ou de soutien d'intensité variable dans la communauté	579	604
Durée moyenne de séjour à la salle d'urgence	20,10	19,28

Commentaires

Résultats

La cible du **nombre d'usagers de 18 ans et plus ayant bénéficié d'évaluation et de traitement en CLSC** est considérée atteinte dans la mesure où des précisions visant à différencier les profils 410 et 420 ont été apportées en cours d'année ce qui explique le léger écart observé. Certaines MRC comptabilisent aussi l'offre de service du médecin de l'équipe santé mentale alors que d'autres MRC ne disposent pas de cette ressource. Nous devrons préciser nos attentes à ce sujet.

L'attente pour évaluation et traitement en pédopsychiatrie est moitié moindre que prévu. La cible est largement dépassée.

Le niveau d'atteinte de la cible du **nombre moyen périodique de personnes desservies en soutien dans la communauté** est de 79 % (262/330).

La cible du **nombre d'usagers différents** ayant reçu des services d'intensité variable dans la communauté a été dépassée.

Discussion

Plusieurs facteurs expliquent l'écart à la cible du **nombre moyen périodique de personnes desservies en soutien dans la communauté** :

- la cible de l'établissement desservant le plus grand nombre d'usagers avait été établie en incluant les personnes résidant en milieu d'hébergement substitut ou bénéficiaires de services d'insertion socioprofessionnelle (plateau de travail) contrairement aux critères prévus pour cet indicateur. Des corrections ont été apportées à partir de la période financière 10, date à laquelle une diminution importante a été observée;
- la modification des pratiques professionnelles des équipes qui interviennent auprès de ces clientèles prend un certain temps;
- en milieu rural, où la dispersion des clientèles sur le territoire est importante, la disponibilité des ressources ne permet pas d'assurer l'intensité qui serait idéalement requise au niveau des interventions dans la communauté.

En ce qui concerne le **séjour moyen des patients sur civières en santé mentale**, il semble que les travaux de réorganisation des services d'urgence visant à mettre en place une véritable urgence psychiatrique régionale donnent déjà certains résultats. Un plan d'action à cet effet est en cours d'implantation et devrait produire des résultats significatifs sur cet indicateur dès l'automne.			
Nom :	Liane Savard	Date :	2005-06-13

4.9 Le programme en santé physique

Les faits saillants 2004-2005

Les services préhospitaliers d'urgence, le réseau de traumatologie et les mesures d'urgence

Les services préhospitaliers d'urgence

Les services ambulanciers de la région ont effectué 17 820 transports à la suite d'appels de la population et 5 107 transports interétablissements, soit un total de 22 927 transports. En juillet 2004, le ministre a autorisé l'implantation d'un centre de communication santé en Estrie. L'Agence a initié les travaux de mise en place du conseil d'administration de l'organisme sans but lucratif du futur Centre de communication santé Estrie.

Par ailleurs, un nouveau contrat de service, élaboré au niveau national, a été conclu entre les sept entreprises ambulancières de la région et l'Agence.

Le réseau de traumatologie

En mai 2004, le Groupe-conseil québécois en traumatologie a visité l'Estrie. Le titre de « centre primaire » est reconduit au Centre de santé et de services sociaux du Granit et celui de « centre de traumatologie régional » pour le Centre hospitalier universitaire de Sherbrooke. Toutefois, pour le maintien du titre de « centre de stabilisation », un sursis de dix-huit mois est accordé aux centres de santé et de services sociaux de Memphrémagog, de Coaticook et d'Asbestos. Durant cette période, les services ambulanciers doivent transporter les traumatisés majeurs stables directement au Centre hospitalier universitaire de Sherbrooke, tandis que les trois centres hospitaliers doivent effectuer un monitorage des traumatisés majeurs et mineurs qui se présentent dans leur centre.

Le Plan directeur de traumatologie et des services préhospitaliers 2002-2005 a aussi été révisé à la lumière des dernières orientations du Ministère et des recommandations du Groupe-conseil québécois en traumatologie pour produire, au 31 mars 2005, le nouveau Plan directeur régional du réseau de traumatologie et des services préhospitaliers d'urgence 2005-2008.

Les mesures d'urgence

La rédaction du Plan régional de sécurité civile – mission santé (projet), autrefois appelé Plan régional des mesures d'urgence du réseau de la santé et des services sociaux, s'est terminée le 31 mars 2005. Un processus de consultation du réseau suivra au cours des prochains mois.

L'informatisation des laboratoires

Le processus de déploiement du Système d'informatisation des laboratoires est complété.

Le système du sang

Le déploiement du Système d'information intégré sur les activités transfusionnelles et d'hémovigilance a été complété au Centre hospitalier universitaire de Sherbrooke au cours de l'automne 2004. L'implantation de ce système sur les unités de soins ne sera pas déployée tel que souhaité par l'ensemble des établissements, considérant les coûts importants qui y sont reliés et la non-disponibilité de budget à cet effet.

L'approvisionnement en immunoglobulines antirabiques, antitétaniques, antibotuliniques et antidiphtériques est assuré, depuis le 1er avril 2005, par les banques de sang du Centre hospitalier universitaire de Sherbrooke, du Centre de santé et de services sociaux du Granit et du Centre de santé et de services sociaux de Memphrémagog, plutôt que par l'entreposage régional des produits immunisants de la Direction de santé publique. En effet, ces établissements commandent dorénavant les produits chez Héma-Québec puis les redistribuent, selon les besoins, aux centres affiliés (cliniques médicales, unités d'urgence, etc.) en faisant usage.

Les unités d'urgence

Dans le cadre des travaux d'élaboration d'un plan d'action pour les unités d'urgence ciblées par le Ministère et qui ont eu cours à l'automne 2004, et ce, avec la participation des établissements, l'Agence a déposé le Plan d'action régional 2005-2007 découlant de ces derniers travaux. Cet exercice a permis, entre autres, d'établir un diagnostic organisationnel spécifique aux activités en lien avec ces unités d'urgence, d'identifier les principaux problèmes, de rechercher des solutions et, finalement, de permettre au Centre hospitalier universitaire de Sherbrooke d'élaborer un plan d'action en concertation avec certains établissements de la région.

Toutefois, considérant l'ampleur de cette démarche, il avait été convenu de prioriser, dans un premier temps, certaines actions liées à des problématiques pour lesquelles il est réaliste d'atteindre les objectifs visés dans une perspective de court délai, soit d'ici le 31 mars 2007. Ainsi, les volets suivants ont été ciblés pour l'élaboration de ce plan d'action :

- l'arrimage Centre hospitalier universitaire de Sherbrooke / centres de santé et de services sociaux : suivi des mécanismes de liaison;
- l'arrimage Centre hospitalier universitaire de Sherbrooke / PALV (perte d'autonomie liée au vieillissement);
- l'arrimage Centre hospitalier universitaire de Sherbrooke / santé mentale.

Le réseau des maladies pulmonaires obstructives chroniques de l'Estrie

En fonction depuis novembre 2001, ce service régional se veut un réseau ambulatoire de réadaptation ciblant la clientèle atteinte d'une maladie pulmonaire obstructive chronique.

Institués afin de réduire de 30 % le nombre de visites à l'urgence et d'hospitalisations des personnes faisant partie du réseau, les services offerts visent le renforcement des compétences de la personne atteinte et de sa famille via des séances d'enseignement associées à un programme de réadaptation respiratoire et de suivi systématique. Au 31 mars 2005, 413 personnes atteintes étaient inscrites au Réseau des maladies pulmonaires obstructives chroniques de l'Estrie, soit une augmentation de 25 % par rapport à l'année précédente. Au cours de l'année 2004-2005, les taux de visites à l'urgence et d'hospitalisations par rapport au nombre d'infections se sont maintenus et ont même légèrement diminué. Quant à la satisfaction des services rendus par les clients actifs, elle est de 99,5 %.

L'atteinte de l'objectif fixé et la satisfaction de la clientèle justifient amplement la consolidation et la stabilisation des activités d'ici 2006.

La réadaptation respiratoire

Au cours de l'année 2004-2005, des travaux ont été faits pour l'implantation d'un programme de réadaptation respiratoire au Centre hospitalier universitaire de Sherbrooke pour les personnes atteintes de maladies pulmonaires obstructives chroniques de la région.

Dix patients ont débuté l'activité physique en gymnase le 5 avril 2005. L'année 2005-2006 servira à consolider ces activités au Centre hospitalier universitaire de Sherbrooke et à étudier la possibilité d'étendre ce programme au niveau régional.

Le programme d'interventions en maladies cardiaques

La réadaptation cardiaque

L'implantation d'un programme régional de réadaptation cardiaque et de cliniques satellites en insuffisance cardiaque a été retenue à notre plan d'action, suite aux recommandations du Comité régional en santé cardiovasculaire. Effectivement, les membres de ce comité avaient identifié ces mesures comme étant les plus susceptibles d'avoir un impact significatif sur la qualité de vie de la clientèle atteinte ainsi que sur l'utilisation plus judicieuse des services en milieu hospitalier, plus particulièrement les visites à l'urgence et les hospitalisations.

L'année 2003-2004 avait permis de dresser le portrait de la situation sur les maladies cardiovasculaires en Estrie. L'année 2004-2005 a servi à implanter progressivement le programme de réadaptation cardiaque dans toutes les MRC de l'Estrie. En fonction depuis novembre 2004, les professionnels attitrés au programme des équipes locales ont rencontré les premiers patients et les ont préparés aux activités de groupe ainsi qu'aux conférences qui ont débutées en janvier 2005.

Au 31 mars 2005, 123 personnes s'étaient inscrites dans les différentes MRC au programme régional de réadaptation cardiaque, tandis que 275 autres fréquentaient le programme « CHUS-ACTIF ».

Le programme étant encore très jeune, il est impossible, à l'heure actuelle, de mesurer les impacts sur les visites à l'urgence et les réhospitalisations. L'année 2005-2006 servira à consolider les équipes et les activités. De plus, des mesures seront mises en place afin d'en évaluer les impacts.

L'insuffisance cardiaque

En 2004-2005, un document de travail a été élaboré comme cadre de référence. Quelques personnes intervenantes pivots des MRC visées ont reçu une partie de la formation nécessaire à l'implantation du programme.

L'année 2005-2006 servira à l'implantation progressive des activités dans des cliniques satellites situées dans les centres de santé et de services sociaux de l'Estrie pourvus d'une urgence 24 heures par jour, sept jours par semaine.

Le programme québécois de lutte contre le cancer

Le cancer est à la fois une priorité ministérielle et régionale. Après l'élaboration d'un état de situation en 2003, le Comité de pilotage du programme régional de lutte contre le cancer a déposé le Plan d'action régional 2004-2007, qui a été adopté par le conseil d'administration de l'Agence le 21 juin 2004.

Le Comité régional de lutte contre le cancer a débuté ses activités au printemps 2005 et va s'assurer de la mise en place du plan d'action, tant au niveau régional que local. Dans le

cadre des projets cliniques, le cancer sera un des dossiers à travailler en 2005-2006. L'harmonisation de ces deux dossiers permettra l'implantation de services intégrés du plan d'action du programme régional de lutte contre le cancer.

Le VIH-SIDA

Suite à la fermeture des places d'hébergement de l'organisme communautaire IRIS Estrie en février 2004 et à l'identification d'un besoin en hébergement temporaire pour la clientèle vivant avec le VIH-SIDA, une démarche a été faite afin de trouver une ressource capable d'accueillir cette clientèle pour la durée de la récupération posthospitalisation. Le but étant d'éviter de prolonger indûment l'hospitalisation.

La Résidence Brooks de Sherbrooke a été retenue. L'Agence s'est engagée à supporter cette démarche reliée à la rétention d'une place de convalescence à la Résidence Brooks pour la clientèle VIH-SIDA. La signature d'une entente entre le Centre hospitalier universitaire de Sherbrooke et la ressource a été actualisée en novembre 2004 et a été renouvelée en mars 2005 pour quatre mois supplémentaires.

Adapter l'hébergement à l'évolution des besoins dans la prise en charge des personnes vivant avec le VIH , dont plusieurs de celles-ci sont aussi infectées par le VHC, nécessite une réflexion concertée avec différents partenaires. L'exploration de différentes formes d'hébergement qui pourraient être mieux appropriées dans certains cas est nécessaire.

Ainsi, dans un souci d'améliorer l'accès aux soins et aux services, un comité d'hébergement VIH-SIDA a été mis sur pied et a débuté ses travaux à l'automne 2004. L'objectif de travail de ce comité est d'arriver à l'identification d'un ou des scénarios d'offre de services en hébergement pour répondre aux besoins de la clientèle vivant avec le VIH-SIDA.

L'imagerie médicale

Suite à l'adoption par le conseil d'administration de l'Agence du Plan régional d'organisation de services en imagerie médicale, les travaux de mise en œuvre du plan d'action proposé ont débuté à l'automne 2004.

Afin d'assurer une vision régionale dans le dossier de l'imagerie médicale, la mise en place d'un comité régional de concertation en imagerie médicale permanent a été réalisé. Ce comité a tenu sa première rencontre en novembre 2004. Son mandat étant de revoir l'offre de services, de proposer des mécanismes d'ententes de services et/ou achats de services en imagerie médicale, de suggérer une répartition de la clientèle nécessitant des examens dans les endroits où la technologie est disponible et où les attentes sont moindres.

Le Comité régional de concertation en imagerie médicale a décidé de regrouper les comités de travail pour en conserver trois, soit : le Comité d'organisation des services et de gestion des équipements avec un sous-comité PACS (Picture archiving and communication system) qui relève de ce premier comité, le Comité de communication régional et le Comité de la main-d'œuvre.

Le bilan de gestion et d'imputabilité

Fiche de reddition de comptes

Axe d'intervention :	**Urgence**

Résultats attendus	Réduire le séjour moyen de la clientèle sur civière
	Réduire la proportion de patients qui demeurent 48 heures ou plus sur des civières

Indicateurs	***Cibles 2004-2005***	***Résultats 2004-2005***
Durée moyenne de séjour en heures	11,80	10,80
Pourcentage de séjour de 48 heures ou plus	2,5%	2,1%

Commentaires

Résultats

Les cibles sont atteintes et dépassées.

Discussion

Les résultats au 31 mars **2004** étaient :

Durée moyenne de séjour en heures : 11,8 heures
Pourcentage de plus de 48 heures : 3,1 %

La durée moyenne de séjour a diminué de 1 %. Cette baisse est attribuée aux efforts déployés par chacun des établissements. Certaines mesures appliquées et découlant des plans d'actions locaux contribuent à cette baisse.

De plus, on note une baisse du taux de séjour de plus de 48 heures et ce, pour l'ensemble des unités d'urgence. À cet égard, il faut souligner les efforts et mécanismes mis en place par tous les établissements.

Nom :	Marie-France Fournier	Date :	2005-06-13

Fiche de reddition de comptes

Axe d'intervention :	**Soins palliatifs**

Résultats attendus	Augmentation du nombre d'usagers desservis en soins palliatifs à domicile
	Augmentation du nombre moyen d'interventions par usager en soins palliatifs à domicile

Indicateurs	***Cibles 2004-2005***	***Résultats 2004-2005***
Nombre d'usagers desservis en soins palliatifs à domicile	975	1 011
Nombre moyen d'intervention par usager en soins palliatifs à domicile	12,1	13,7

Commentaires

Résultats

Les cibles sont dépassées.

Discussion

Certains établissements rapportent que ces services connaissent une notoriété grandissante.

À noter également que, comme ce service est offert par les équipes de maintien à domicile des CSSS, on peut assister à un déplacement des activités entre les profils d'interventions « soins palliatifs » et « maintien à domicile pour les personnes en perte d'autonomie ».

Nom :	Denyse Lamontagne	Date :	2005-06-13

Fiche de reddition de comptes

Axe d'intervention :	**Lutte contre le cancer**

Résultats attendus	Réduire à zéro le nombre de patients en attente de plus de 8 semaines pour des traitements de radio-oncologie

Indicateurs	***Cibles 2004-2005***	***Résultats 2004-2005***
Nombre de patients en attente de plus de 8 semaines	0	0

Commentaires

Résultats

- Aucun patient en attente de plus de 8 semaines pour sein et prostate.
- Des ententes ont été prises entre le CHUS et le CHUM afin de désengorger le CHUM qui a régulièrement beaucoup de patients en attente de traitements pour sein et prostate de plus de 8 semaines. Ces patients sont, pour la plupart, intégrés dans l'horaire régulier.
- Pour le Gemma-knife, le CHUS traite l'ensemble des patients du Québec.

Nom :	Denyse Lamontagne	Date :	2005-06-13

Fiche de reddition de comptes

Axe d'intervention :	**Cardiologie tertiaire**

Résultats attendus	Traiter les patients à l'intérieur des délais établis en hémodynamie Traiter les patients à l'intérieur des délais établis en chirurgie cardiaque		
Indicateurs		***Cibles 2004-2005***	***Résultats 2004-2005***
Pourcentage de patients traités à l'intérieur des délais établis en hémodynamie			
- Priorités 1-4		85 %	92 %
- Priorité 5		75 %	88 %
Pourcentage de patients traités à l'intérieur des délais établis en chirurgie cardiaque			
- Priorités 1-3		100 %	70 %
- Priorités 4 et 5		75 %	74 %

Commentaires

Résultats

Hémodynamie
Atteinte des cibles en tout temps.

Chirurgie cardiaque
Pour les priorités 1 à 3 : cibles non atteintes en 2004-2005, mais nette amélioration au cours des dernières périodes par des mesures visant une meilleure gestion des priorités opératoires. Les efforts seront maintenus en cours d'année 2005-2006.

Pour les priorités 4 et 5 : cibles presque atteintes.

Nom :	Denyse Lamontagne	Date :	2005-06-13

Fiche de reddition de comptes

Axe d'intervention :	**Hanche**

Résultats attendus	Augmenter le nombre de chirurgies du remplacement de la hanche
	Réduire à zéro le nombre de patients en attente au-delà de 3 mois
	Réduire le nombre total de patients en attente

Indicateurs	***Cibles 2004-2005***	***Résultats 2004-2005***
Nombre de chirurgies réalisées	112	106
3 mois-total hors-délais	0	38
Total en attente	_	63

Commentaires

Résultats

Pour ce qui est du volume de production, 106 chirurgies ont été réalisées sur 112 attendues au 31 mars 2005.

Au cours des deux dernières années, le nombre de chirurgies de la hanche a légèrement augmenté, passant de 99 au 31 mars 2003 à 102 au 31 mars 2004 pour atteindre 106 au 31 mars 2005.

Relativement au total de la clientèle en attente, nous remarquons une augmentation au cours de l'année 2004-2005, passant de 51 à 63 patients à la fin de l'année financière. Cependant, le nombre total de patients en attente est demeuré stable depuis les deux dernières années, passant de 61 au 31 mars 2003 à 63 au 31 mars 2005. Nous notons que la demande pour la chirurgie de la hanche est demeurée la même depuis deux ans.

Le nombre de patients en attente au-delà de 3 mois a augmenté depuis le début de l'année 2004-2005, passant de 29 à 38. La cible n'a pas été atteinte. Nous remarquons une augmentation de cette liste depuis les deux dernières années, allant de 30 patients au 31 mars 2003 à 38 patients au 31 mars 2005.

Discussion

L'objectif visé est d'accroître la capacité d'intervention pour les patients ayant besoin d'une chirurgie afin qu'ils soient traités à l'intérieur des délais cliniquement acceptables. Des processus sont présentement mis en place pour assurer une gestion optimale des cas hors-délais prioritaires. De meilleurs résultats sont attendus au cours de la prochaine année.

Le maintien des activités chirurgicales représente tout un défi dans le contexte actuel. Certaines variables critiques telles que l'accessibilité aux lits constituent un défi majeur en raison de l'achalandage accru dans l'ensemble des disciplines, la pression exercée par l'affluence à l'urgence et l'accessibilité insuffisante à des lits de réadaptation et de longue durée. La disponibilité des anesthésistes constitue également une variable critique importante.

Nom :	Guylaine Lemieux	Date :	2005-06-13

Fiche de reddition de comptes

Axe d'intervention :	**Genou**

Résultats attendus	Augmenter le nombre de chirurgies du remplacement du genou
	Réduire à zéro le nombre de patients en attente au-delà de 3 mois
	Réduire le nombre total de patients en attente

Indicateurs	***Cibles 2004-2005***	***Résultats 2004-2005***
Nombre de chirurgies réalisées	124	113
3 mois-total hors-délais	0	70
Total en attente	_	125

Commentaires

Résultats

En ce qui a trait au volume de production, 113 chirurgies ont été réalisées sur 124 attendues au 31 mars 2005.

Au cours des deux dernières années, le nombre de chirurgies du genou a fluctué, allant de 108 au 31 mars 2003 pour diminuer à 103 au 31 mars 2004, puis remonter à 113 au 31 mars 2005.

Relativement au total de la clientèle en attente, nous observons une augmentation au cours de l'année 2004-2005, partant de 107 pour passer à 125 patients à la fin de l'année financière. Le nombre total de patients en attente a également augmenté au cours des deux dernières années, passant de 76 au 31 mars 2003 à 125 au 31 mars 2005. La demande pour la chirurgie du genou s'accroît depuis deux ans.

Le nombre de patients en attente au-delà de 3 mois a également augmenté au cours de l'année 2004-2005, passant de 61 à 70. La cible n'a pas été atteinte. Nous remarquons une augmentation de cette liste depuis les deux dernières années, allant de 50 patients au 31 mars 2003 à 70 patients au 31 mars 2005.

Discussion

On observe une augmentation de la demande pour la chirurgie du genou sans augmentation de production. En conséquence, le nombre de patients hors-délais augmente.

Plusieurs facteurs ont contribués à l'augmentation des patients en attente, entre autres, l'accessibilité aux lits constitue un défi majeur en raison de l'achalandage accru dans l'ensemble des disciplines. Le maintien des effectifs en anesthésie a également eu des effets sur les délais d'attente.

Des processus sont présentement mis en place pour assurer une gestion optimale des cas hors-délais prioritaires.

Nom :	Guylaine Lemieux	Date :	2005-06-13

Fiche de reddition de comptes

Axe d'intervention :	**Cataracte**

Résultats attendus	Augmenter le nombre de chirurgies de la cataracte
	Réduire à zéro le nombre de patients en attente au-delà de 6 mois
	Réduire le nombre total de patients en attente

Indicateurs	***Cibles 2004-2005***	***Résultats 2004-2005***
Nombre de chirurgies réalisées	3 176	2 587
6 mois–total hors-délais	0	29
Total en attente	–	405

Commentaires

Résultats

En ce qui a trait au volume de production, 2 587 chirurgies ont été réalisées sur 3 176 attendues au 31 mars 2005.

Le nombre de chirurgies de la cataracte a diminué de 12 % au cours des deux dernières années, passant de 2 939 au 31 mars 2003 à 2 587 au 31 mars 2005.

Relativement au total de la clientèle en attente, nous remarquons une diminution de 20 % au cours de l'année 2004-2005, passant de 509 à 405 patients à la fin de l'année financière. Une diminution de 15 % de l'attente pour la chirurgie de la cataracte est également remarquée depuis les deux dernières années, passant de 479 au 31 mars 200? à 405 au 31 mars 2005. Nous constatons que la demande pour la chirurgie de la cataracte a diminué depuis deux ans.

Le nombre de patients en attente au-delà de 6 mois a diminué de 33 % au cours de l'année 2004-2005, passant de 43 à 29 patients. Notons également une diminution de 22 % de cette liste de patients depuis les deux dernières années, passant de 37 au 31 mars 2003 à 29 au 31 mars 2005.

Discussion

La performance au niveau de la réduction de la liste d'attente au-delà de 6 mois se rapproche de l'objectif visé de traiter 100 % des patients dans un délai de 6 mois par le maintien du volume de cette chirurgie au niveau 2004-2005. Au cours des dernières années, les investissements ont eu des effets positifs qui se sont faits sentir sur les listes d'attentes pour la cataracte.

Des processus sont mis en place pour assurer une gestion optimale des cas hors-délais prioritaires.

Nom :	Guylaine Lemieux	Date :	2005-06-13

Fiche de reddition de comptes

Axe d'intervention :	**Chirurgie d'un jour**

Résultats attendus	Augmenter le nombre de chirurgies d'un jour
	Réduire à zéro le nombre de patients en attente au-delà de 6 mois
	Réduire le nombre total de patients en attente

Indicateurs	***Cibles 2004-2005***	***Résultats 2004-2005***
Nombre de chirurgies d'un jour réalisées	8 370	10 253
6 mois–total hors-délais	0	676
Total en attente	–	3 104

Commentaires

Résultats

Au plan de la production, 10 253 chirurgies d'un jour ont été réalisées alors que 8 370 étaient attendues au 31 mars 2005. Dans les faits, 1 883 chirurgies supplémentaires ont été réalisées au cours de la dernière année. La cible visée a été dépassée de 22 %.

Nous observons une amélioration de la production en chirurgie d'un jour depuis les deux dernières années : 7 461 chirurgies d'un jour ont été réalisées au 31 mars 2003 en comparaison de 10 253 au 31 mars 2005, soit une augmentation de 37 % du volume de production.

Relativement au total de la clientèle en attente, nous observons une légère diminution au cours de l'année 2004-2005, passant de 3 126 à 3 104 patients à la fin de l'année financière et ce, malgré le pourcentage élevé d'augmentation de la production. Après un accroissement de 37 % du nombre de patients sur la liste d'attente entre 2002-2003 et 2003-2004, nous remarquons une diminution de 12 % du nombre de patients en attente entre 2003-2004 et 2004-2005.

Le nombre de patients en attente au-delà de 6 mois a diminué de 33 % au cours de l'année 2004-2005, passant de 1 002 à 676 patients. Nous remarquons également une diminution de cette liste de patients depuis les deux dernières années, passant de 1 267 au 31 mars 2003 à 676 au 31 mars 2005. Soit une diminution de 47 %.

Discussion

La performance est satisfaisante au niveau de la réduction de la liste d'attente au-delà de 6 mois et se rapproche de l'objectif visé. L'accroissement de la capacité d'intervention pour les patients ayant besoin d'une chirurgie permettra qu'ils puissent être traités à l'intérieur des délais cliniquement acceptables.

En regard de l'attente, il est pertinent de souligner qu'un certain pourcentage des patients en attente depuis plus de 6 mois attendent pour de la plastie et de l'urologie.

Nom :	Guylaine Lemieux	Date :	2005-06-13

Fiche de reddition de comptes

Axe d'intervention :	**Chirurgie avec hospitalisation**
Résultats attendus	Augmenter le nombre de chirurgies avec hospitalisation
	Réduire à zéro le nombre de patients en attente au-delà de 6 mois
	Réduire le nombre total de patients en attente

Indicateurs	**Cibles 2004-2005**	**Résultats 2004-2005**
Nombre de chirurgies avec hospitalisation réalisées	7 175	8 195
6 mois-total hors-délais	0	298
Total en attente	–	1 003

Commentaires

Résultats

Au plan de la production, 8 195 chirurgies avec hospitalisation ont été réalisées alors que 7 175 étaient attendues au 31 mars 2005. Dans les faits, 1 020 chirurgies supplémentaires on été réalisées au cours de la dernière année. La cible visée a été dépassée de 14 %.

Nous remarquons une amélioration de la production en chirurgie avec hospitalisation depuis les deux dernières années. 7 109 chirurgies avaient été réalisées au 31 mars 2003 en comparaison de 8 195 au 31 mars 2005, soit une augmentation de 15 % du volume de production.

Relativement au total de la clientèle en attente, nous observons une légère diminution au cours de l'année 2004-2005, passant de 1 059 au début de l'année à 1 003 patients à la fin de l'année financière.

Le nombre de patients en attente au-delà de 6 mois a légèrement augmenté au cours de l'année 2004-2005, passant de 286 à 298 patients. Nous remarquons une fluctuation de cette liste de patients depuis les deux dernières années, allant de 262 au 31 mars 2003 à 422 au 31 mars 2004, puis diminuant à 298 au 31 mars 2005.

Discussion

La performance est plus satisfaisante que l'an dernier pour la réduction de la liste d'attente au-delà de 6 mois. On se rapproche de l'objectif visé. Il est raisonnable de croire que l'accroissement de la capacité d'interventions pour les patients ayant besoin d'une chirurgie avec hospitalisation a permis à un plus grand nombre de patients d'être traités à l'intérieur des délais cliniquement acceptables.

Certaines variables critiques telles que l'accessibilité aux lits demeurent un défi majeur en raison de l'achalandage accru dans l'ensemble des disciplines, la pression exercée par l'affluence à l'urgence et l'accessibilité insuffisante à des lits de réadaptation et de longue durée.

Nom :	Guylaine Lemieux	Date :	2005-06-13

4.10 La gestion des bâtiments

L'année 2004-2005 a connu une croissance exceptionnelle des subventions dédiées à l'entretien et à la rénovation des immeubles du réseau de la santé et des services sociaux de l'Estrie. En effet, la subvention récurrente dévolue au maintien des actifs immobiliers est passée de 1,9 millions de dollars en 2003-2004 à 5,2 millions en 2004-2005. Un nouveau cadre de gestion, adopté par le Ministère, met en évidence l'autonomie des établissements dans le choix de leurs priorités, leur imputabilité et leur obligation de rendre des comptes. Quant au budget de rénovation, il est passé de 1,8 millions de dollars en 2003-2004 à 3,2 millions en 2004-2005. Ces ajouts budgétaires permettront d'améliorer sensiblement l'environnement physique dans lequel les services sont dispensés à la population de Estrie.

Les tableaux suivants font état des principales acquisitions effectuées par les établissements de santé et de services sociaux en 2004-2005.

Le fonds des immeubles	
Subventions	
• Subvention régulière pour 2004-2005	5 244 747 $
• Subvention pour le maintien des actifs de nature capitalisable	1 420 800 $
• Rénovations fonctionnelles mineures dans les CHSLD*	1 548 999 $
• Rénovations fonctionnelles mineures – autres missions que les CHSLD*	1 718 326 $
• Lutte aux maladies nosocomiales	715 500 $
• Subvention et revenus d'intérêts	5 310 454 $
Total	**15 958 826 $**
Engagements	
• Projets de sécurité	423 243 $
• Projets de vétusté	1 325 270 $
• Projets de rénovation fonctionnelle	3 381 796 $
• Intérêts sur emprunts	5 308 692 $
Total	**10 439 001 $**

** Centre d'hébergement et de soins de longue durée*

Le fonds des équipements	
Subventions	
• Subvention régulière pour 2004-2005	3 296 367 $
• Subvention pour les aides techniques	105 350 $
• Subvention du Fonds canadien innovation (développement d'une base de données en recherche clinique : 309 700 $; équipement pour le Centre d'imagerie métabolique au CHUS : 4 893 600 $)	5 203 300 $
• Subvention pour les équipements de technologie de l'information	2 943 519 $
• Subvention pour les équipements de technologie biomédicale (tomodensitométrie au CSSS du Granit : 335 000 $; équipement d'ophtalmologie au CSSS du Granit : 67 000 $; échographe au CHUS : 71 500 $)	473 500 $
• Informatisation du réseau	75 000 $
• Subvention et revenus d'intérêts	222 196 $
Total	**12 319 232 $**
Engagements	
• Enveloppe régulière	3 700 675 $
• Aides techniques	105 350 $
• Subvention du Fonds canadien innovation (développement d'une base de données en recherche clinique : 309 700 $; équipement pour le Centre d'imagerie métabolique au CHUS : 4 893 600 $)	5 203 300 $
• Équipements pour la technologie de l'information	1 166 060 $
• Équipements de technologie biomédicale	431 260 $
• Informatisation du réseau	75 000 $
• Intérêts sur emprunts	219 614 $
Total	**10 931 259 $**

4.11 Les affaires médicales

La Direction régionale des affaires médicales et universitaires

En 2004-2005, les activités suivantes ont été réalisées :

- l'élaboration et l'application des plans régionaux des effectifs médicaux pour les spécialistes (recrutement en mode dérogatoire, recrutement de postes réseaux et représentation auprès du Ministère pour la planification 2006);
- la participation à l'élaboration des projets cliniques;
- la participation aux différentes tables intersectorielles (Direction de l'organisation des services et des ententes de gestion, Direction de santé publique et de l'évaluation);
- la participation à l'élaboration des programmes de réadaptation cardiaque et de santé mentale;
- la participation à la Table des ressources informationnelles (élaboration du Plan régional d'informatisation de l'Estrie);
- la participation à la Table des directeurs de services professionnels;
- le support aux activités du Département régional de médecine générale;
- l'élaboration d'un projet d'anticoagulothérapie avec prise en charge dans la communauté.

Le Département régional de médecine générale

En 2004-2005, les activités suivantes ont été réalisées :

- la demande et l'attribution de bourses d'installations médicales dans les régions de Valcourt et d'Asbestos;
- la participation à la relance des activités médicales au point de service de Windsor;
- la participation à l'élaboration des projets cliniques, plus particulièrement aux programmes des services généraux et de la perte d'autonomie liée au vieillissement (PALV);
- la représentation aux différentes tables de concertation de l'Agence et au colloque sur les projets cliniques;
- la mise sur pied du colloque sur les groupes de médecine de famille;
- la mise sur pied ou la consolidation de sept groupes de médecine de famille (maintenant accrédités);
- l'animation de la Table des groupes de médecine de famille.

4.12 L'accès aux services

Les services aux personnes d'expression anglaise

En 2004-2005, l'Agence a poursuivi l'actualisation des mesures prévues au plan d'action du programme régional d'accessibilité des services en langue anglaise. Conformément aux exigences du Ministère, plus de 50 % du budget récurrent consenti à la région a été réparti parmi les établissements pour soutenir leurs activités eu égard à la clientèle d'expression anglaise. Encore cette année, la priorité a été accordée aux projets de formation en anglais, langue seconde du personnel de neuf établissements.

Dans le cadre d'un programme de soutien financier du gouvernement du Canada intitulé le « Fonds d'adaptation de soins de santé primaires », quatre des cinq projets soumis par les établissements de la région ont été acceptés. Ainsi, le Regroupement CNDE / Dixville et le CLSC de Sherbrooke/Institut universitaire de gériatrie de Sherbrooke se partageront la somme totale de 527 151 $ afin d'apporter des améliorations à l'offre de services aux personnes d'expression anglaise, notamment les services d'Info-Santé dans le cadre d'une démarche québécoise.

Les services aux communautés culturelles

Deux établissements et deux organismes communautaires se sont partagé l'enveloppe non récurrente de 23 407 $ allouée à la région pour soutenir les activités relatives à l'adaptation des services aux besoins de personnes immigrantes. Les allocations visent à soutenir l'accès aux services d'interprètes, la traduction de documents en plusieurs langues et le soutien aux personnes ayant vécu des traumatismes de la guerre.

4.13 Les ressources humaines

4.13.1 La gestion des ressources humaines

La planification régionale de la main d'œuvre

L'Agence a poursuivi la concertation et les actions dans les priorités en matière de planification de la main-d'œuvre au plan régional, notamment en soins infirmiers étant donné les pénuries d'effectifs plus criantes, réelles et anticipées dans cette catégorie de personnel. Un groupe de travail de la Table des responsables des ressources humaines a continué l'actualisation du plan d'action régional en la matière. Cependant, le comité régional s'est élargi au début 2005 et vise maintenant la planification de la main d'œuvre du personnel salarié (PMO-PS), c'est-à-dire les professions les plus susceptibles d'être touchées par la pénurie (30 titres d'emplois).

Voici quelques exemples d'actions posées :

- la coordination régionale des stages, particulièrement pour le personnel en soins infirmiers;
- le pilotage du dossier via le comité régional sur la planification de la main-d'œuvre du personnel salarié (PMO-PS);
- la poursuite du Forum syndical sur la planification de la main-d'œuvre du personnel salarié (PMO-PS);
- des points régulièrement inscrits à la Table des responsables des ressources humaines.

Le replacement des ressources humaines

En 2004-2005, l'Agence a poursuivi ses actions pour maintenir l'employabilité des personnes en sécurité et en stabilité d'emploi.

L'application des mesures relatives à la stabilité d'emploi du personnel cadre et hors-cadre a été assurée. En ce qui concerne le personnel en sécurité d'emploi, l'Agence supporte les établissements dans la recherche de solutions.

Sommaire des mesures	Total des inscriptions en 2004-2005	Recyclage	Indemnités de départ	Replacements	Total des mesures	Total des personnes inscrites au 31 mars 2005
Sécurité d'emploi	15	0	0	5	5	10
Stabilité d'emploi	11	0	7	0	7	4*

* *De ce nombre, deux personnes sont en situation de pré-retraite.*

4.13.2 Le développement régional des ressources humaines

En 2004-2005, l'Agence a réalisé de nombreuses activités de développement des compétences, tant auprès du personnel d'encadrement des établissements du réseau, des intervenantes et des intervenants de tous les programmes, des membres ainsi que des conseils d'administration des organismes communautaires.

Le personnel d'encadrement

Au cours de l'année 2004-2005, le Comité régional de développement du personnel d'encadrement de l'Estrie s'est assuré de l'identification et de la réalisation d'activités découlant de ses orientations régionales. Une proposition formulée par ce comité régional pour la répartition aux établissements du budget de développement 2004-2005 du personnel d'encadrement, tenant compte des orientations ministérielles à l'égard de la mise en œuvre de la Loi sur les agences de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux et de la Loi concernant les unités de négociation dans le secteur des affaires sociales et modifiant la Loi sur le régime de négociation des conventions collectives dans les secteurs public et parapublic de même que des mesures liées au harcèlement psychologique, a été adoptée par l'Agence. Cette proposition incluait un montant réservé régionalement afin de réaliser des activités régionales pour le développement du personnel d'encadrement; notamment :

- l'obtention d'un certificat de premier cycle ou d'un diplôme de deuxième cycle en gestion et développement des organisations pour 72 personnes des établissements, tant des cadres que du personnel de relève pour l'encadrement, inscrites aux cours en gestion et développement des organisations offerts par l'Université Laval à la demande du comité;

- la poursuite des cours pour une troisième cohorte de personnes participantes à ces programmes, tant au premier qu'au deuxième cycle;

- les activités entourant l'identification de personnes, tant cadres que le personnel de relève pour l'encadrement, pour le démarrage en septembre 2005 d'une quatrième cohorte de premier et deuxième cycles;

- les activités entourant la poursuite vers la maîtrise des études de deuxième cycle en gestion et développement des organisations pour un groupe de personnes ayant complété le diplôme;

- la participation des membres du Comité régional de développement du personnel d'encadrement de l'Estrie au Rendez-vous national du personnel d'encadrement 2005 ayant pour thème « Et si la gestion m'était contée? »;

- la préparation du Rendez-vous régional annuel du personnel d'encadrement à se tenir le 1er juin 2005 et ayant pour thème « Donner du sens à notre présence ». Cette activité a été suivie d'une cérémonie de remise de diplômes, en présence du recteur de l'Université Laval, pour les 72 personnes finissantes des programmes en gestion et développement des organisations.

De plus, en 2004-2005, le Comité régional de développement du personnel d'encadrement de l'Estrie a revu ses mandats afin d'englober celui de la planification de main-d'œuvre du personnel d'encadrement. À ce titre, une stratégie et un plan d'action devront être formulés en vue de combler les départs à la retraite du personnel d'encadrement prévus en plus grand nombre dans les cinq prochaines années.

Les membres et les conseils d'administration des organismes communautaires

La consolidation du programme de formation continue pour les membres des organismes communautaires a été une préoccupation tout au cours de l'année. Notre partenariat avec les organismes du milieu a facilité l'organisation et la diffusion de plusieurs sessions de formation, soit :

- la poursuite du microprogramme de formation en gestion de premier cycle à l'intention des organismes communautaires qui a rejoint 23 personnes participantes;

- trente-trois activités de formation dont ont bénéficié 363 personnes participantes dans le cadre du partenariat à cinq partenaires visant le développement des ressources humaines des organismes communautaires.

Les intervenants et intervenantes du réseau

L'Agence a, au cours de l'année 2004-2005, assuré la réalisation d'activités et de programmes de développement des compétences du personnel du réseau estrien de la santé et des services sociaux.

Comme par le passé, la Direction des ressources humaines et des communications a assuré la mise en commun des besoins de développement découlant de nouvelles orientations ministérielles ou encore des orientations régionales en matière de nouvelles approches, pratiques et technologies, et ce, dans la majorité des programmes ou secteurs, notamment : enfance-famille-jeunesse, santé mentale, MTS-Sida, violence, toxicomanie, personnes âgées, santé publique, déficience intellectuelle, troubles envahissants du développement et santé physique.

La Direction des ressources humaines et des communications a de plus assuré la réalisation de diverses activités et programmes de formation dans ces secteurs.

4.14 Les ressources informationnelles

4.14.1 Les ressources informationnelles régionales

Les travaux de planification régionale visant l'élaboration d'un plan d'informatisation ont permis de dégager un projet prioritaire par les établissements, projet qui a été présenté aux autorités ministérielles en vue de l'obtention d'une subvention du fonds sur l'informatisation des réseaux locaux de services. Non seulement le projet a-t-il été accepté, mais il a reçu le montant maximal accordé dans le cadre de ce fonds. Des travaux préparatoires à la mise en œuvre du projet prioritaire se sont déroulés en début d'année 2005, visant un déploiement sur 24 mois.

Au cours de la démarche de planification, les directrices et directeurs généraux des établissements de la région ont convenu avec l'Agence de revoir le mécanisme de participation existant afin d'assurer la contribution de tous les établissements du réseau public aux travaux, tout en harmonisant le mécanisme avec ceux privilégiés par l'Agence.

Par ailleurs, le fonds spécifique dédié aux ressources informationnelles, doté d'un budget annuel de 500 000 $, a permis de soutenir la réalisation de plusieurs projets répondant aux critères du plan directeur.

Nom du projet	Budget 2004-2005
Plan régional d'informatisation de l'Estrie (PRIE 2004)	60 000 $
Dictée et transcription clinique – phase 2	123 500 $
Mise en commun des ressources documentaires	53 000 $
Collaborative Care-phase 2	120 000 $
Sécurité des ressources informationnelles	4 000 $
Arrimage avec le DSIE (demandes de services inter-établissements)	50 000 $
Partage d'infrastructure informatique	17 000 $

4.14.2 Le Technocentre régional

La mission du Technocentre régional est de soutenir la gestion des ressources informationnelles des établissements de la région. Ses principaux objectifs sont de maintenir en bon état de fonctionnement les infrastructures technologiques et les systèmes informatiques utilisés par les établissements et de coordonner des projets d'informatisation.

En 2004-2005, le Technocentre régional employait 30 personnes, principalement affectées au soutien informatique. Les techniciens et techniciennes du Technocentre régional ont traité environ 24 000 requêtes au cours de la dernière année.

Dans la seconde moitié de l'exercice 2004-2005, le Technocentre régional a mis en place, en collaboration avec le Centre hospitalier universitaire de Sherbrooke, un véritable centre d'appels régional pour le soutien informatique. Il s'agit d'une première au Québec. On estime à 45 000 le nombre de requêtes informatiques qui seront reçues annuellement au centre d'appels régional.

4.14.3 Les ressources informationnelles à l'Agence

Au cours de l'année 2004-2005, l'Agence a poursuivi son approche de rehaussement régulier de son parc informatique. Ainsi, suite à l'échéance d'un contrat de location, une trentaine de postes informatiques ont été remplacés.

Comme par les années passées, l'Agence continue de recourir aux services du Technocentre régional pour assurer un niveau de support technique adéquat pour ses employés. De plus, l'Agence a sollicité le Technocentre régional afin d'obtenir des ressources professionnelles sur une base ponctuelle dans le but de mener à terme certains projets comme, par exemple, la transmission des résultats d'examens de laboratoires aux cliniques privées accréditées comme groupe de médecine de famille.

4.15 La qualité des services et la gestion des risques

4.15.1 La protection des droits des usagers et des usagères

Pour l'année 2004-2005, l'Agence a traité six plaintes, dont une toujours active au 31 mars 2005.

Les plaintes à l'endroit d'un organisme communautaire ou des services préhospitaliers

Au chapitre des plaintes formulées en première instance, on retrouve deux plaintes à l'endroit d'organismes communautaires, une plainte relative aux services préhospitaliers d'urgence et une à l'endroit de l'Agence pour la fonction d'organisation des services.

Les plaintes à l'endroit d'une fonction de l'Agence

Cette année, une plainte portait sur les fonctions de l'Agence concernant l'organisation et le financement des services pour une clientèle présentant des problèmes particuliers de santé liés à l'anorexie, la boulimie et l'obésité.

L'Agence a aussi traité deux plaintes en marge du régime de protection des droits, soit une plainte visant une ressource privée en alcoolisme et toxicomanie et une demande d'intervention spécifique de la part du bureau du Protecteur des usagers.

Les plaintes traitées par la Protectrice des usagers

Tout usager, insatisfait des recommandations transmises par la Commissaire régionale à la qualité des services au terme de l'examen de sa plainte, peut se prévaloir d'un recours auprès du Protecteur des usagers. Pour l'année 2004-2005, aucune plainte traitée par l'Agence n'a fait l'objet d'un examen en deuxième instance.

L'information et les droits

L'Agence a aussi traité 74 demandes d'assistance des usagers. Il s'agit de plaintes portées à l'attention de l'Agence et qui sont réacheminées, avec le consentement de l'usager, à l'établissement concerné pour un traitement en première instance. D'autres demandes ne visent pas la compétence de l'Agence (aide sociale, assurance-maladie, Régie du logement, etc.) et les usagers sont alors orientés vers l'instance responsable.

La personne responsable de la gestion des plaintes a aussi reçu quinze signalements concernant des résidences privées. Il s'agit là d'une collaboration attendue dans le cadre de référence du Protocole de traitement des plaintes en résidences privées d'hébergement.

Les citoyens et les citoyennes s'adressent de plus en plus souvent à l'Agence pour obtenir des informations relatives à l'organisation et à la dispensation des services de santé et des services sociaux. D'avril 2004 à mars 2005, plus de 850 demandes de renseignements ont été traitées. Enfin, le site Internet de l'Agence permet la diffusion d'informations à une clientèle variée.

Les visites d'appréciation de la qualité des services en centre d'hébergement et de soins de longue durée

L'adjointe à la Commissaire régionale à la qualité des services participe à la démarche québécoise d'appréciation de la qualité des services en centre d'hébergement. L'appréciation générale des installations visitées porte sur l'ensemble des perceptions de trois groupes rencontrés (résidents, comités de l'établissement et employés), sur les informations transmises par la direction de l'établissement et sur les observations réalisées par l'équipe de visite. L'Agence est aussi responsable du suivi des recommandations formulées par les équipes ministérielles.

Tout en se poursuivant dans les centres d'hébergement et de soins de longue durée, la démarche d'appréciation visera aussi les milieux non-institutionnels, soit les ressources intermédiaires ou de type familial.

4.15.2 La qualité des services

Le curateur public

En considérant l'année 2003-2004 comme année de référence, douze établissements de notre région ont reçu un rapport sur la qualité de vie et les services fournis aux personnes représentées par le Curateur public suite à une visite d'un groupe de travail. L'Agence s'est assurée d'un suivi des recommandations faites par le Curateur public auprès des établissements concernés afin de garantir la qualité des soins et des services fournis aux personnes desservies par le réseau.

4.15.3 La gestion des risques

La gestion des risques

Les représentants des établissements siégeant sur le Comité régional de gestion des risques et de la prestation sécuritaire des services se sont réunis à deux reprises. Lors de la première rencontre, deux éléments prioritaires sont ressortis : l'absence de moyen pour permettre la circulation de l'information et le manque de communication lors de transfert d'usagers entre les établissements.

Le dossier des infections nosocomiales ayant pris beaucoup d'ampleur à l'automne 2004, une Table régionale de prévention des infections nosocomiales a été créée en décembre 2004, sous la responsabilité de la Direction de la santé publique. Des travaux concernant les deux éléments prioritaires mentionnés ont suivi. Un babillard électronique sur la gestion des risques a été créé afin de favoriser la circulation des informations et un protocole de transfert interétablissements a aussi été élaboré. Ces travaux ont été présentés aux représentants des établissements membres du Comité régional de gestion des risques et de la prestation sécuritaire des services pour diffusion et pour fins d'application au sein du réseau estrien.

Le bilan de gestion et d'imputabilité

Fiche de reddition de comptes

Axe d'intervention :	**Au plan de l'amélioration continue de la qualité des services et de la satisfaction de la clientèle**

Résultats attendus	Assurer le suivi de la mise en œuvre de la Loi 71 sur la prestation sécuritaire des services de santé et des services sociaux en mettant en place, dans chaque établissement, les mesures suivantes :

Indicateurs	***Cibles 2004-2005***	***Résultats 2004-2005***
Nombre d'établissements ayant mis en place un comité de gestion des risques et de la qualité	15	11
Nombre d'établissements dont le conseil d'administration a entériné une politique de divulgation de tout accident à un usager	15	10
Nombre d'établissements qui déclarent les incidents/accidents	15	13
Nombre d'établissements ayant mis en place un registre local des incidents/accidents	15	12
Nombre de sessions d'information/formation offertes sous l'égide du GNAGRQ	N/D	0
Nombre de groupes et de personnes ayant participé au programme de formation élaboré par le Ministère en collaboration avec le GNAGRQ	N/D	0
Nombre d'établissements ayant sollicité l'agrément de leurs services par un organisme d'accréditation reconnu	15	7

Commentaires

Résultats

Malgré le fait que ces éléments aient été intégrés aux ententes de gestion des différents établissements, 11 établissements sur 15 ont mis en place un comité de gestion des risques et de la qualité et 3 établissements mentionnent des démarches en cours de réalisation. De plus, 10 établissements sur 15 qui ont entériné une politique de divulgation de tout accident à un usager, 13 établissements déclarent les incidents-accidents et 12 établissements ont procédé à la mise en place d'un registre local pour la compilation.

Il n'y eût aucune formation organisée par le GNAGRQ en 2004-2005.

Concernant la démarche de sollicitation de l'agrément, 7 établissements sur 15 ont sollicité l'agrément ou l'ont complété, tandis que 3 sont actuellement en cours de démarches.

Discussion

Cette année, les efforts furent concentrés sur le dossier des infections nosocomiales, ce qui explique en partie le fait que certaines cibles ne soient pas atteintes.

L'ensemble des établissements du réseau public devra avoir sollicité l'agrément pour décembre 2005, tel que mentionné dans la Loi 71. Un suivi sera effectué auprès des CHSLD privés non conventionnés afin de réitérer cette demande.

Nom :	France Leblanc	Date :	2005-06-13

Fiche de reddition de comptes

Axe d'intervention :	**Au plan de l'amélioration continue de la qualité des services et de la satisfaction de la clientèle**

Résultats attendus	Mesures pour contrer les infections nosocomiales

Indicateurs	***Cibles 2004-2005***	***Résultats 2004-2005***
Nombre d'établissements ayant atteint le ratio de professionnels en prévention des infections nosocomiales (1 E.T.P. par 133 lits)	2	4
Nombre d'établissements ayant adopté une politique interne de stérilisation des équipements médicaux	6	3

Commentaires

Résultats

Les quatre établissements de notre région qui offrent des soins de courte durée rencontrent le ratio recommandé de professionnels en prévention des infections nosocomiales.

Par contre, seulement 3 établissements sur 6 ont adopté une politique interne de stérilisation des équipements médicaux, malgré le fait que ces éléments aient été intégrés aux différentes ententes de gestion. Les 3 autres établissements sont présentement en cours de démarches concernant l'élaboration de leur protocole.

Nom :	France Leblanc	Date :	2005-06-13

5. Les organismes communautaires

5.1 Le respect des règles et des normes de gestion

Les cadres et les critères de financement des organismes communautaires ainsi que les engagements du Ministère ont été appliqués et respectés.

5.2 Le contrôle de la conformité

Conformément à l'article 338 de la Loi sur les services de santé et les services sociaux, l'Agence a obtenu les informations suivantes concernant les organismes ayant fait une demande de soutien financier :

- le rapport financier et le rapport de vérification, lorsque requis, adoptés par l'assemblée générale de l'organisme;
- le rapport d'activités;
- une preuve de la tenue de l'assemblée générale annuelle et d'une séance publique d'information;
- la fiche synthèse des activités de l'organisme;
- les relevés statistiques appropriés pour les organismes orienteurs et les maisons d'hébergement.

5.3 Les organismes communautaires et leurs secteurs d'activités

Conformément aux orientations régionales, 113 des 121 organismes communautaires reconnus dans le cadre du programme de soutien aux organismes communautaires ont reçu un soutien financier. Ces organismes œuvrent auprès de plusieurs clientèles qu'ils rejoignent par le biais d'activités variées et nombreuses.

Les faits marquants de l'année 2004-2005 sont :

- onze des organismes communautaires (secteur Famille), reconnus et soutenus dans le cadre du programme régional de soutien aux organismes communautaires, ont été transférés vers leur nouveau ministère d'appartenance le 1er avril 2004. Dans le cadre de cette opération de rapatriement, seules les sommes allouées en appui à leur mission globale ont été transférées;

- en plus, des sommes allouées spécifiquement par le Ministère dans quelques programmes clientèles, la région a reçu l'indexation de 1,5 % qu'elle a appliquée au financement des organismes;

- parmi les neuf demandes de reconnaissance reçues, deux organismes ont été reconnus comme organisme du domaine de la santé et des services sociaux, soit l'Association québécoise pour les enfants dyspraxiques et le Centre communautaire Partage St-François.

6. Les données financières

6.1 Le rapport de la direction

Les états financiers de l'Agence ont été dressés par la direction qui est responsable de leur préparation et de leur présentation, y compris les estimations et les jugements importants. Cette responsabilité comprend le choix des conventions comptables appropriées et qui respectent les principes comptables généralement reconnus du Canada, sauf dans les cas d'exception prévus au Manuel de gestion financière édicté en vertu de l'article 477 de la Loi sur les services de santé et les services sociaux. Les renseignements financiers contenus dans le reste du rapport annuel de gestion concordent avec l'information donnée dans les états financiers.

Pour s'acquitter de ses responsabilités, la direction maintient un système de contrôles comptables internes, conçu en vue de fournir l'assurance raisonnable que les biens sont protégés et que les opérations sont comptabilisées correctement et en temps voulu, qu'elles sont dûment approuvées et qu'elles permettent de produire des états financiers fiables.

L'Agence reconnaît qu'elle est responsable de gérer ses affaires, conformément aux lois et règlements qui la régissent.

Le conseil d'administration doit surveiller la façon dont la direction s'acquitte des responsabilités qui lui incombent en matière d'information financière et il a approuvé les états financiers. Il est assisté dans ses responsabilités par le comité de vérification. Ce comité rencontre la direction et le vérificateur, examine les états financiers et en recommande l'approbation au conseil d'administration.

Le Vérificateur général du Québec a procédé à la vérification des états financiers de l'Agence, conformément aux normes de vérification généralement reconnues du Canada, et son rapport du vérificateur expose l'étendue et la nature de cette vérification et l'expression de son opinion. Le Vérificateur général du Québec peut, sans aucune restriction, rencontrer le comité de vérification pour discuter de tout élément qui concerne sa vérification.

Dr Michel Baron
Président-directeur général

M. Normand Couture
Directeur des ressources financières
et matérielles

6.2 Les états financiers de l'Agence

RAPPORT DU VÉRIFICATEUR SUR LES ÉTATS FINANCIERS CONDENSÉS

Aux membres du conseil d'administration de l'Agence de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux de l'Estrie

Les états financiers condensés et les renseignements complémentaires condensés ci-joints ont été établis à partir du rapport financier annuel de l'Agence de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux de l'Estrie au 31 mars 2005 et pour l'exercice terminé à cette date à l'égard duquel j'ai exprimé une opinion sans réserve dans mon rapport daté du 27 mai 2005. Le rapport financier annuel est dressé selon les conventions comptables décrites dans la note complémentaire 2, et est présenté dans la forme prescrite par le ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec. La présentation d'un résumé fidèle du rapport financier annuel relève de la responsabilité de la direction de l'agence. Ma responsabilité consiste à faire rapport sur les états financiers condensés.

À mon avis, les états financiers condensés ci-joints présentent, à tous les égards importants, un résumé fidèle du rapport financier annuel correspondant selon les conventions comptables décrites dans la note complémentaire 2.

Les états financiers condensés ci-joints ne contiennent pas toutes les informations requises. Le lecteur doit garder à l'esprit que ces états financiers risquent de ne pas convenir à ses fins. Pour obtenir de plus amples informations sur la situation financière, les résultats d'exploitation et les flux de trésorerie de l'agence, le lecteur devra se reporter au rapport financier annuel correspondant.

Ces états financiers condensés, qui n'ont pas été établis, et qui n'avaient pas à être établis, selon les principes comptables généralement reconnus du Canada, sont fournis uniquement à titre d'information et pour être utilisés par le ministère de la Santé et des Services sociaux et les administrateurs de l'agence conformément à la section II.1 de la *Loi sur les services de santé et les services sociaux*. Ces états financiers condensés ne sont pas destinés à être utilisés, et ne doivent pas l'être, par des personnes autres que les utilisateurs déterminés, ni à aucune autre fin que la ou les fins auxquelles ils ont été établis.

Le vérificateur général du Québec,

Renaud Lachance

Renaud Lachance, CA
Québec, le 11 août 2005

6.2.1 *L'état des résultats du fonds d'exploitation et du fonds des activités régionalisées pour l'exercice terminé le 31 mars 2005*

Résultats du fonds d'exploitation	2005	2004
Revenus		
Subventions du ministère	6 423 322 $	6 378 855 $
Autres revenus	205 137 $	274 883 $
Total des revenus	**6 628 459 $**	**6 653 738 $**
Dépenses		
Salaires et avantages sociaux	5 023 420 $	5 430 699 $
Autres dépenses	1 285 644 $	1 325 926 $
Total des dépenses	**6 309 064 $**	**6 756 625 $**
Excédent (Déficit)	**319 395 $**	**(102 887 $)**

État des résultats du fonds des activités régionalisées

Résultats du fonds des activités régionalisées	2005	2004
Revenus		
Contributions des établissements	1 772 370 $	1 605 406 $
Autres revenus	703 975 $	387 417 $
Total des revenus	**2 476 345 $**	**1 992 823 $**
Dépenses		
Salaires et avantages sociaux	1 423 981 $	1 334 134 $
Autres dépenses	1 081 793 $	588 476 $
Total des dépenses	**2 505 774 $**	**1 922 610 $**
Excédent (Déficit)	**(29 429 $)**	**70 213 $**

6.2.2 *Les états des soldes de fonds des fonds d'exploitation, des activités régionalisées et d'immobilisations pour l'exercice terminé le 31 mars 2005*

	Fonds d'exploitation		Fonds des activités régionalisées	Fonds des immobilisations
	Activités principales	Avoir propre		
Solde créditeur (débiteur) - au début	**(161 $)**	**379 907 $**	**961 297 $**	**1 103 896 $**
Additions				
Excédent des produits sur les charges d'opération et les dépenses d'immobilisations	319 395 $			
Régularisations - analyse financière	161 $	9 734 $		
Régularisations - autres	20 171 $		325 735 $	880 743 $
Acquisitions d'immobilisations à même les produits d'autres fonds:				
- Fonds d'exploitation - Activités principales				11 657 $
- Fonds affectés				8 501 $
Acquisitions d'immobilisations par des activités régionalisées				168 192 $
Autres				2 682 $
Total des additions	**339 727 $**	**9 734 $**	**325 735 $**	**1 071 775 $**
Déductions				
Excédent des charges d'opération et des dépenses d'immobilisations sur les produits			29 429 $	
Régularisations - analyse financière		161 $		
Régularisations - autres			1 206 325 $	47 949 $
Total des déductions		**161 $**	**1 235 754 $**	**47 949 $**
Variation de l'exercice	**339 727 $**	**9 573 $**	**(910 019 $)**	**1 023 826 $**
Solde créditeur (débiteur) - à la fin	**339 566 $**	**389 480 $**	**51 278 $**	**2 127 722 $**

6.2.3 *Les bilans des fonds d'exploitation, des activités régionalisées et d'immobilisations au 31 mars 2005*

Bilans	Fonds d'exploitation		Fonds des activités régionalisées		Fonds d'immobilisations	
	2005	2004	2005	2004	2005	2004
Actif						
Encaisse	950 456 $	941 767 $				
Débiteurs	342 880 $	144 762 $	144 277 $	142 640 $		
Autres éléments	28 076 $	36 548 $	21 072 $	10 834 $		
Immobilisations				880 743 $	2 127 722 $	1 103 896 $
Total de l'actif	**1 321 412 $**	**1 123 077 $**	**165 349 $**	**1 034 217 $**	**2 127 722 $**	**1 103 896 $**
Passif						
Découvert de banque			81 859 $	3 753 $		
Créditeurs et charges à payer	508 866 $	743 331 $	32 212 $	21 283 $		
Autres éléments	83 500 $			47 884 $		
Total du passif	**592 366 $**	**743 331 $**	**114 071 $**	**72 920 $**		
Solde du fonds	**729 046 $**	**379 746 $**	**51 278 $**	**961 297 $**	**2 127 722 $**	**1 103 896 $**
Total du passif et solde du fonds	**1 321 412 $**	**1 123 077 $**	**165 349 $**	**1 034 217 $**	**2 127 722 $**	**1 103 896 $**

6.2.4 *Le bilan combiné des fonds affectés au 31 mars 2005*

Bilans combiné	Fonds affectés	
	2005	2004
Actif		
À court terme		
Encaisse	3 340 305 $	5 239 595 $
Débiteurs	30 258 509 $	32 317 952 $
Autres éléments	270 708 $	263 015 $
Total - Actif à court terme	33 869 522 $	37 820 562 $
À long terme - Enveloppes décentralisées des années antérieures	78 674 345 $	83 110 004 $
Total de l'actif	**112 543 867 $**	**120 930 566 $**
Passif		
À court terme		
Découvert et emprunts de banque	10 356 968 $	13 789 357 $
Créditeurs et charges à payer	11 276 119 $	18 391 666 $
Subventions reportées		11 500 $
Autres éléments	248 372 $	
Total - Passif à court terme	21 881 459 $	32 192 523 $
Dette à long terme - Enveloppes décentralisées des années antérieures	78 674 345 $	83 110 004 $
Total du passif	**100 555 804 $**	**115 302 527 $**
Solde du fonds	**11 988 063 $**	**5 628 039 $**
Total du passif et solde du fonds	**112 543 867 $**	**120 930 566 $**

6.2.5 *L'état combiné de la provenance et utilisation des fonds et du solde du fonds des fonds affectés pour l'exercice terminé le 31 mars 2005*

	Immobilisations de la région	Équipements de la région	Services préhospitaliers d'urgence	Santé publique	Coordination santé et services sociaux région de l'Estrie	Autres fonds affectés	Total 2005	Total 2004
Solde du fonds au début	**310 772 $**	**847 242 $**	**65 990 $**	**419 980 $**	**177 990 $**	**3 806 065 $ $**	**5 628 039 $**	**7 831 434 $**
Augmentations								
Subventions du ministère	15 957 064 $	12 316 650 $	9 420 058 $		234 500 $	24 064 879 $	61 993 151 $	58 379 051 $
Revenus d'intérêts	1 762 $	2 582 $	12 084 $	7 597 $	2 953 $	102 926 $	129 904 $	209 769 $
Autres			5 708 603 $	54 967 $	132 768 $	587 655 $	6 483 993 $	6 007 425 $
Total des augmentations	**15 958 826 $**	**12 319 232 $**	**15 140 745 $**	**62 564 $**	**370 221 $**	**24 755 460$**	**68 607 048 $**	**64 596 245 $**
Diminutions								
Attributions et intérêts sur emprunts	10 364 001 $	10 931 259 $	780 575 $	7 250 $	83 551 $	670 442 $	22 837 078 $	30 978 898 $
Contrats à budget			12 145 722 $				12 145 722 $	11 055 735 $
RTSS-Facturation provinciale						20 766 474 $	20 766 474 $	21 982 387 $
Autres	75 000 $		1 690 950 $	160 878 $	353 737 $	4 217 185 $	6 497 750 $	2 482 620 $
Total des diminutions	**10 439 001 $**	**10 931 259 $**	**14 617 247 $**	**168 128 $**	**437 288 $**	**25 654 101 $**	**62 247 024 $**	**66 499 640 $**
Solde du fonds à la fin	**5 830 597 $**	**2 235 215 $**	**589 488 $**	**314 416 $**	**110 923 $**	**2 907 424 $**	**11 988 063 $**	**5 628 039 $**

6.2.6 *L'état d'allocation de l'enveloppe régionale des crédits pour l'exercice terminé le 31 mars 2005*

Enveloppe régionale	2005	2004
Montant de l'enveloppe inscrit dans le système SBF-R	498 700 314 $	477 005 489 $
Montant engagé par le Ministère en fonds affectés à la régie régionale et confirmé à l'enveloppe régionale	10 115 881 $	6 821 524 $
Total	**508 816 195 $**	**483 827 013 $**
Affectation de l'enveloppe régionale 2004-2005		
Allocations aux établissements	482 311 456 $	460 271 267 $
Allocations aux organismes communautaires	11 781 387 $	10 966 193 $
Estimé ces comptes à payer pourvus en fin d'exercice	3 400 197 $	2 991 266 $
Montant des affectations de l'enveloppe régionale inscrites dans le système SBF-R	**497 493 040 $**	**474 228 726 $**
Fonds affectés indiqués à la ligne 02 : Montant attribué	10 115 881 $	6 810 024 $
Fonds affectés indiqués à la ligne 02 : Montant reporté		11 500 $
Autres	1 207 274 $	2 776 763 $
Total	**508 816 195 $**	**483 827 013 $**
Suivi des comptes à payer non pourvus		
Solde au 31 mars	0 $	0 $
Nouveaux comptes à payer non pourvus contractés au cours de l'exercice	0 $	0 $
Comptes à payer non pourvus au 31 mars liquidés au cours de l'exercice	0 $	0 $
Total	**0 $**	**0 $**

6.2.7 *Les notes aux états financiers*

Note 1 – Constitution et objets

L'Agence de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux de l'Estrie a été constituée le 30 janvier 2004 en vertu de la *Loi sur les agences de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux* (L.R.Q., c. A-8.1). Elle a principalement pour objet de mettre en place, sur son territoire, une organisation de services de santé et de services sociaux intégrés.

Note 2 – Conventions comptables

Le rapport financier annuel de l'agence a été préparé par la direction selon les principales conventions comptables décrites ci-dessous pour se conformer aux exigences de la *Loi sur les services de santé et les services sociaux* et les conventions émises par le ministère de la Santé et des Services sociaux. Le rapport financier annuel comprend des montants fondés sur les meilleurs jugements et estimations de la direction de l'agence. Les conventions comptables utilisées aux fins de l'établissement du rapport financier annuel s'écartent sensiblement des principes comptables généralement reconnus du Canada dans les cas suivants :

- les immobilisations inscrites dans le fonds d'immobilisations ne sont pas amorties; les paiements de l'exercice pour les immobilisations pour les fonds acquéreurs sont inscrits aux dépenses d'immobilisations. En cas d'aliénation d'immobilisations, le montant du produit net résultant de l'aliénation est comptabilisé directement dans le solde du fonds acquéreur;
- aucun passif n'est inscrit en date du bilan à titre de vacances, de congés de maladie et d'heures supplémentaires cumulés par les employés;

- les revenus provenant du ministère de la Santé et des Services sociaux sont comptabilisés sur la base des approbations à l'exception des intérêts. La date limite pour considérer un montant approuvé par le ministère comme revenu eu égard aux dépenses effectuées avant le 1er avril et imputée à une année financière écoulée est la date de confirmation du budget final effectuée après la fin d'exercice;

- de façon générale, un compte à payer n'est inscrit que lorsque les travaux ont été exécutés, les marchandises reçues ou les services rendus. Cependant, dans certaines situations, un compte à payer est inscrit lors de l'autorisation (engagement budgétaire). Il en est ainsi pour l'acquisition et le développement d'immobilisations dans les fonds affectés des immobilisations et des équipements;

- pour le fonds d'exploitation, les revenus spécifiques pour des activités récurrentes qui se réaliseront au cours de l'exercice subséquent ne sont pas toujours reportés;

- pour les fonds affectés, les subventions accordées avant le 1er janvier de l'exercice pour des activités qui se réaliseront au cours de l'exercice subséquent ne sont pas toujours reportées;

- aucun bilan, état des résultats et/ou solde de fonds n'est présenté de façon cumulée pour tous les fonds;

- les fonds autres que les fonds d'exploitation et les fonds d'activités régionalisées ne présentent pas d'état des résultats. Toutes les opérations sont inscrites directement au solde de fonds;

- les contrats de location-acquisition intervenus avant le 31 mars 2003 sont comptabilisés comme des contrats de location-exploitation, s'il y avait lieu;

- l'information sur la juste valeur de chaque catégorie d'actifs financiers et de passifs financiers, constatés et non constatés n'est pas présentée;

- les ajustements des revenus et des dépenses de chacun des fonds, s'appliquant aux exercices antérieurs, sont comptabilisés dans le solde du fonds correspondant. Les chiffres de l'exercice antérieur fournis pour fins de comparaison ne sont jamais redressés même si l'impact de ces redressements peut être déterminé;

- la dépense d'intérêt sur la dette à long terme et la subvention correspondante sont comptabilisées selon la méthode de la comptabilité de caisse.

La comptabilité par fonds

L'agence utilise les principes de la comptabilité par fonds. Voici la description sommaire des principaux fonds :

- le fonds d'exploitation regroupe les opérations courantes de fonctionnement (activités principales et accessoires) et les dépenses d'immobilisations qu'elles requièrent;

- le fonds d'immobilisations cumule les actifs immobilisés acquis par le fonds d'exploitation, le fonds des activités régionalisées et les fonds affectés et montre le solde de la dette correspondante;

- le fonds des activités régionalisées regroupe les opérations relatives à sa fonction de représentant d'établissements ou à toute autre fonction et activité à portée régionale confiée par les établissements et qu'elle assume dans les limites de ses pouvoirs;

- les fonds affectés sont constitués de subventions reliées à des programmes ou services précisément définis et confiés à l'agence. Cette dernière a le mandat d'assurer les activités reliées aux programmes ou services pour lesquels ces subventions sont octroyées.

L'attribution des subventions

Les attributions aux établissements et organismes sont inscrites lorsqu'elles sont autorisées et que le bénéficiaire a satisfait aux critères d'admissibilité, s'il en est.

L'état des flux de trésorerie

L'état des flux de trésorerie n'est pas présenté car il n'apporterait pas de renseignements supplémentaires utiles pour la compréhension des mouvements de trésorerie durant l'exercice. Les informations sur les flux de trésorerie des fonds d'exploitation et d'immobilisations se retrouvent à la note 4.

L'avoir propre

L'avoir propre est constitué des résultats des activités accessoires et de la partie de l'excédent des revenus sur les dépenses des activités principales des exercices précédents libérée par le Ministère. Lorsque les résultats des activités principales se soldent par un excédent des dépenses sur les revenus, ce montant est imputé en totalité à l'avoir propre.

Les immobilisations

Les immobilisations sont inscrites au coût dans le fonds d'immobilisations. Le coût de l'immobilisation est comptabilisé dans le fonds acquéreur jusqu'à concurrence des paiements de l'exercice.

Les revenus reportés

L'Agence comptabilise en fin d'exercice des revenus reportés à des activités spécifiques bien identifiées pour lesquelles les revenus sont approuvés à ces fins, mais pour lesquelles les dépenses et services correspondants demeurent à réaliser et dont le financement ne sera pas autrement pourvu.

Pour le fonds d'exploitation, les revenus reportés découlent des situations suivantes :

- revenu spécifique pour des activités non récurrentes qui se réaliseront au cours de l'exercice subséquent;

- subvention spécifiquement identifiée dans un document provenant du Ministère comme étant accordée pour plusieurs exercices financiers;

Pour le fonds des activités régionalisées, les revenus reportés découlent de revenus spécifiques pour des activités qui se réaliseront au cours de l'exercice subséquent.

Pour les fonds affectés, les subventions reportées proviennent des situations suivantes :

- subvention spécifiquement identifiée dans un document provenant du Ministère comme étant accordée pour plusieurs exercices financiers;

- subvention reçue en fin d'exercice financier (trois derniers mois de l'exercice) ou au début de l'exercice financier subséquent et dont la réallocation ne peut être effectuée qu'au cours de l'exercice subséquent;

- subvention accordée pour la première année à un fonds affecté pour des activités dont la programmation n'a pu être déterminée dans l'année;

- subvention à redistribuer aux autres agences et dont la répartition n'est pas connue au 31 mars.

Les régimes de retraite

La comptabilité des régimes à cotisations déterminées est appliquée aux régimes interentreprises à prestations déterminées gouvernementaux compte tenu que l'Agence ne dispose pas d'informations suffisantes pour appliquer la comptabilité des régimes à prestations déterminées.

Note 3 – Modification de convention comptable

À compter du présent exercice, l'Agence capitalise les acquisitions d'immobilisations du fonds des activités régionalisées au fonds d'immobilisations.

Cette modification appliquée de façon prospective a pour effet d'augmenter de 880 743 $ les immobilisations et le solde de fonds au 31 mars 2005 du fonds d'immobilisations. De même, les immobilisations et le solde de fonds du fonds des activités régionalisées ont diminué de ce même montant au 31 mars 2005.

Note 4 – Flux de trésorerie

Les flux de trésorerie des fonds d'exploitation et d'immobilisations qui ne sont pas distinctement présentés au rapport financier annuel sont les suivants :

	2005	2004
Fonds d'exploitation :		
▪ Acquisition d'immobilisations sur base de liquidités	11 657 $	13 572 $
Fonds des activités régionalisées :		
▪ Acquisition d'immobilisations sur base de liquidités	168 192 $	227 243 $
Fonds affectés :		
▪ Acquisition d'immobilisations sur base de liquidités	8 501 $	6 125 $

Note 5 - Provision pour vacances et congés de maladie

Les sommes à payer au 31 mars 2005 au regard des banques de vacances, congés de maladie et heures supplémentaires cumulés ne sont pas inscrites au rapport financier annuel et se détaillent ainsi :

	2005	2004
▪ Vacances	612 490 $	658 285 $
▪ Congés de maladie	50 292 $	56 966 $
	662 782 $	**715 251 $**

Note 6 - Engagements

L'Agence s'est engagée en vertu de baux à long terme échéant à diverses dates jusqu'au 31 mars 2009 pour de l'équipement informatique et de bureau. Ces baux comportent, dans certains cas, une option de renouvellement de cinq ans.

La dépense de loyer de l'exercice terminé le 31 mars 2005 concernant ces biens loués s'élève à 131 441 $. Les paiements minimums futurs au cours des prochains exercices s'établissent comme suit :

- 2006 ..... 103 950 $
- 2007 ..... 76 752 $
- 2008 ..... 54 944 $
- 2009 ..... 24 212 $

259 858 $

6.3 Les allocations des ressources financières aux établissements

6.3.1 Les allocations 2004-2005

En 2004-2005, les revenus des établissements ont été de 556 634 407 $, incluant le budget de fonctionnement accordé par l'Agence, la contribution des usagers et les ventes de services, dont 545 067 699 $ pour les établissements publics et 11 566 708 $ pour les établissements privés conventionnés. Vous trouverez au tableau suivant le détail de ce budget par établissement ainsi que les surplus et déficits pour l'exercice 2004-2005 et 2003-2004.

L'allocation des ressources financières aux établissements

Résultats des exercices 2004-2005 et 2003-2004

Nom de l'établissement	2004-2005			2003-2004
	Revenus	Dépenses	Surplus (déficit) des activités principales	Surplus (déficit) des activités principales
	$	$	$	$
Établissements publics				
Centre hospitalier universitaire de Sherbrooke	254 159 195	259 331 969	(5 172 774)	(8 853 733)
Centre jeunesse de l'Estrie	34 755 949	34 503 509	252 440	(748 344)
Centre de santé et de services sociaux du Haut-Saint-François	13 127 694	13 066 474	61 220	1 400
Centre de santé et de services sociaux de la MRC-d'Asbestos	16 549 765	16 567 758	(17 993)	(28 861)
Centre de santé et de services sociaux du Val-Saint-François	17 930 189	17 907 192	22 997	58 207
Centre d'hébergement et de soins de longue durée Estriade	Voir CLSC de Sherbrooke/IUGS			(1 892 044)
Centre de santé et de services sociaux de la MRC-de-Coaticook	12 699 568	12 698 001	1 567	97 967
Centre de santé et de services sociaux de Memphrémagog	33 845 292	33 832 633	12 659	-
CLSC de Sherbrooke	Voir CLSC de Sherbrooke/IUGS			(2 073 194)
Centre de santé et de services sociaux du Granit	23 355 433	22 925 717	429 716	292 795
Centre d'accueil Dixville	6 009 903	6 008 175	1 728	1 290
Centre de réadaptation Estrie	13 718 265	13 692 775	25 490	3 502
Centre Notre-Dame-de-l'Enfant (Sherbrooke)	12 600 275	12 574 336	25 939	17 580
Le Centre Jean-Patrice-Chiasson / Maison Saint-Georges	3 923 898	3 947 122	(23 224)	91 299
CLSC de Sherbrooke / Institut universitaire de gériatrie de Sherbrooke	102 392 273	104 948 434	(2 556 161)	6 066
Total partiel	545 067 699	552 004 095	(6 936 396)	(13 026 070)
Établissements privés conventionnés				
Maison Reine-Marie	2 522 018	non disponible	non disponible	(146 933)
Villa Marie-Claire	1 234 829	1 196 752	38 077	31 499
CHSLD Shermont	4 539 467	4 538 306	1 161	(979)
La Maison Blanche de North Hatley	3 270 394	3 185 044	85 350	78 858
Total partiel	11 566 708	8 920 102	124 588	(37 555)
Total global	556 634 407	560 924 197	(6 811 808)	(13 063 625)

6.3.2 Les autorisations d'emprunt

L'Agence a recommandé au Ministère huit autorisations d'emprunt temporaires aux établissements publics au cours de l'exercice 2004-2005. Le tableau suivant présente celles en vigueur au 31 mars 2005.

Sommaire des autorisations d'emprunt en vigueur au 31 mars 2005		
Buget régional	**Montant total des budgets**	
Budget de fonctionnement des établissements publics de la région	518 411 153 $	
Nature des autorisations	**Montant des emprunts autorisés**	**Pourcentage du budget régional**
Dépenses courantes de fonctionnement		
Équilibre budgétaire	24 000 000 $	4,6295 %
Tierce responsabilité	300 000 $	0,0579 %
Dépenses en immobilisations		
Rénovations autofinancées	- $	0,0000 %
Acquisitions financées par des activités accessoires	- $	0,0000 %
Total	**24 300 000 $**	**4,687 %**

Le total des autorisations d'emprunt a augmenté de près de 8,8 millions de dollars en 2004-2005, passant de 15,5 millions au 31 mars 2004 à 24,3 millions au 31 mars 2005.

6.3.3 L'objectif de retour à l'équilibre budgétaire

Après discussion avec le Ministère, le niveau maximal de déficit autorisé pour l'ensemble des établissements publics de l'Estrie ne devait pas excéder, pour 2004-2005, la somme de 7 760 564 $. Le tableau suivant indique que la cible budgétaire a été respectée.

		2004-2005		
Établissements publics		**Niveau maximum de déficit d'exploitation**	**Montan réel de déficit**	**Écart**
CLSC de Sherbrooke / Institut universitaire de gériatrie de Sherbrooke				
- Institut universitaire de gériatrie de Sherbrooke (volet Estriade)	710 564	2 565 564	2 556 161	9 403
- CLSC de Sherbrooke	1 855 000			
Centre hospitalier universitaire de Sherbrooke		5 195 000	5 172 774	22 226
Total		**7 760 564**	**7 728 935**	**31 629**

Nous devons souligner les efforts remarquables déployés par les établissements en 2004-2005 pour respecter le cadre budgétaire fixé par l'Agence.

6.4 L'allocation des ressources financières aux organismes communautaires

Organismes communautaires	2003-2004 Base annuelle	2004-2005 Base annuelle
Maintien à domicile		
▪ Aide communautaire de Lennoxville et des environs	149 543 $	165 678 $
▪ Centre d'action bénévole du Granit	166 008 $	168 498 $
▪ Carrefour du partage de Magog - C.A.B.	105 968 $	107 557 $
▪ Centre d'action bénévole de la MRC de Coaticook	148 200 $	150 424 $
▪ Centre d'action bénévole de Windsor	90 485 $	91 842 $
▪ Centre d'action bénévole du Haut-Saint-François	195 785 $	198 722 $
▪ Centre d'action bénévole R.H. Rediker	105 409 $	106 990 $
▪ Centre de bénévolat de Richmond	85 912 $	87 200 $
▪ Centre de bénévolat Valcourt et région	81 081 $	82 297 $
▪ L'Alliance sherbrookoise pour l'autonomie à domicile	138 421 $	140 498 $
▪ La Maison de l'action bénévole de l'Or Blanc	150 818 $	153 081 $
▪ Parrainage civique de l'Estrie	103 543 $	105 096 $
▪ Rayon de soleil de l'Estrie	62 395 $	63 330 $
▪ Réseau d'amis de Sherbrooke et des environs	145 431 $	183 326 $
▪ Sercovie	200 687 $	203 697 $
▪ Les Soins palliatifs la Rose des vents de l'Estrie	73 307 $	109 672 $
Total	**2 002 993 $**	**2 117 908 $**
Promotion et services à la communauté		
▪ A.P.A.M.M.E.	132 996 $	152 491 $
▪ Aide communautaire de Lennoxville et des environs (personnes âgées)	10 100 $	10 252 $
▪ Animation Jeunesse Haut-St-François	21 317 $	21 637 $
▪ Centre d'action bénévole du Granit (CAB)	8 730 $	8 861 $
▪ Centre d'action bénévole du Granit (personnes âgées)	8 849 $	8 982 $
▪ Association de la fibromyalgie de l'Estrie	11 829 $	29 333 $
▪ Association de la sclérose en plaques de l'Estrie	14 820 $	17 459 $
▪ Association de parents PANDA de l'Estrie	44 176 $	88 182 $
▪ Association de Sherbrooke pour la déficience intellectuelle (A.S.D.I.)	52 034 $	70 563 $
▪ Association de spina-bifida et d'hydrocéphalie de l'Estrie	24 194 $	26 557 $
▪ Association des accidentés cérébro-vasculaires et traumatisés crâniens Estrie	70 604 $	136 413 $
▪ Diabète Estrie	7 904 $	13 315 $
▪ Association des groupes jeunesse de l'Or Blanc	65 976 $	66 966 $
▪ Association de parents PANDA de l'Estrie	4 155 $	4 217 $
▪ Association des sourds de l'Estrie	20 608 $	23 512 $
▪ Association du Québec pour enfants avec problèmes auditifs (A.Q.E.P.A)	21 260 $	23 579 $
▪ Association du syndrome de Down de l'Estrie	27 833 $	42 881 $
▪ Association Épilepsie Estrie	18 054 $	18 325 $
▪ Association Estrienne pour l'information et la formation des aînés et aînées	-	2 000 $
▪ Association québécoise pour les enfants atteints d'audimutité de l'Estrie	34 893 $	43 808 $
▪ Au point 14-18 de Danville	65 976 $	66 966 $
▪ Azimut-nord	26 317 $	26 712 $
▪ Banque alimentaire Memphrémagog	30 029 $	40 808 $
▪ Bureau de référence et d'intervention jeunesse de l'Estrie (Pont BRIJE)	246 320 $	271 464 $
▪ Carrefour des cuisines collectives de Sherbrooke	41 709 $	42 334 $
▪ Carrefour du partage de Magog (personnes âgées)	14 726 $	1 000 $
▪ Centre d'action bénévole de la région Sherbrookoise (CAB)	26 465 $	26 862 $
▪ Centre d'action bénévole de la région Sherbrookoise	150 440 $	154 857 $
▪ Centre d'action bénévole de la MRC de Coaticook (CAB)	7 092 $	7 198 $
▪ Centre d'action bénévole de la MRC de Coaticook (familles)	14 662 $	14 882 $
▪ Centre d'action bénévole de la MRC de Coaticook (pers. âgées)	3 783 $	3 839 $

Organismes communautaires	2003-2004 Base annuelle	2004-2005 Base annuelle
▪ Centre d'action bénévole de Windsor (CAB)	9 820 $	9 967 $
▪ Centre d'action bénévole de Windsor (aînés)	3 728 $	3 784 $
▪ Centre d'action bénévole du Haut-Saint-François (CAB)	9 548 $	9 691 $
▪ Centre d'action bénévole du Haut-Saint-François (pers. âgées)	6 970 $	7 075 $
▪ Centre d'action bénévole R.H. Rediker (CAB)	8 730 $	8 861 $
▪ Centre d'action bénévole R.H. Rediker (familles)	15 709 $	15 945 $
▪ Centre d'action bénévole R.H. Rediker (personnes âgées)	-	4 500 $
▪ CALACS	222 682 $	226 022 $
▪ Centre d'Entraide Plus de l'Estrie	41 317 $	41 937 $
▪ Centre d'intervention en violence et abus sexuels de l'Estrie (CIVAS) (familles)	6 840 $	6 943 $
▪ Centre d'intervention en violence et abus sexuels de l'Estrie (CIVAS) (violence)	60 394 $	78 641 $
▪ Centre de bénévolat de Richmond (CAB)	13 710 $	13 915 $
▪ Centre de bénévolat de Richmond (personnes âgées)	3 475 $	3 527 $
▪ Centre de bénévolat Valcourt et région inc. (CAB)	8 730 $	8 861 $
▪ Centre de bénévolat Valcourt et région inc. (personnes âgées)	3 169 $	3 217 $
▪ Centre de santé des femmes de l'Estrie	83 404 $	84 655 $
▪ Centre des femmes de la MRC du Granit	85 844 $	101 288 $
▪ Centre des femmes du Val-Saint-François	94 155 $	111 413 $
▪ Centre des femmes du Val-Saint-François (familles)	11 033 $	11 198 $
▪ Centre des femmes La Parolière	87 341 $	101 310 $
▪ Centre des femmes Lennoxville et environs	84 828 $	101 273 $
▪ Centre des femmes Memphrémagog	90 239 $	106 354 $
▪ Centre des jeunes de Lennoxville	65 976 $	66 966 $
▪ Centre l'Élan	117 772 $	119 539 $
▪ Centre pour femmes immigrantes de Sherbrooke	80 779 $	101 212 $
▪ Centre Regroupement Jeunesse de Rock-Forest	60 519 $	61 427 $
▪ Coalition sherbrookoise pour le travail de rue	143 662 $	145 817 $
▪ Corporation Jeunesse Memphrémagog	41 972 $	76 204 $
▪ Cuisines collectives « Bouchée-Double » Memphrémagog	36 919 $	37 473 $
▪ Élixir	101 121 $	102 638 $
▪ Espace-Estrie	107 486 $	109 098 $
▪ Famille Espoir	39 148 $	12 008 $
▪ Famille Plus	39 148 $	12 008 $
▪ Fleurs au soleil - Maison de thérapie	-	18 396 $
▪ IRIS Estrie	202 129 $	205 161 $
▪ JEVI Centre de prévention du suicide - Estrie	293 875 $	298 283 $
▪ L'Autre-Rive	113 833 $	115 541 $
▪ L'Ensoleillée - Ressource communautaire en santé mentale	93 482 $	94 884 $
▪ L'Escale de l'Estrie	476 138 $	501 769 $
▪ La Bouée Régionale Lac-Mégantic	382 720 $	409 163 $
▪ La Chaudronnée de l'Estrie inc.	28 490 $	28 917 $
▪ La Cordée transit de jour	197 402 $	230 363 $
▪ La Croisée des Sentiers	86 902 $	88 206 $
▪ La Cuisine Amitié de la MRC d'Asbestos	32 318 $	32 803 $
▪ La Grande Table	16 000 $	16 240 $
▪ La Ligue pour l'enfance de l'Estrie	141 610 $	30 000 $
▪ La Maison Caméléon de l'Estrie	34 988 $	35 513 $
▪ La Maison de l'action bénévole de l'Or blanc (CAB)	14 763 $	14 984 $
▪ La Maison de l'action bénévole de l'Or Blanc (familles)	4 158 $	4 220 $
▪ La Maison de la famille du Granit	45 122 $	18 072 $
▪ La Maison des jeunes Actimaje	65 976 $	66 966 $
▪ La Maison des jeunes de Coaticook	65 976 $	66 966 $
▪ La Maison des jeunes de l'Or Blanc	76 886 $	78 039 $
▪ La Maison des jeunes de la St-François	87 799 $	89 116 $
▪ La Maison du Point tournant	53 007 $	53 802 $
▪ La Méridienne	393 338 $	403 834 $
▪ La Passerelle de Weedon	89 155 $	106 338 $
▪ La Société Alzheimer de l'Estrie	39 816 $	83 821 $
▪ La Source-soleil	252 381 $	270 143 $

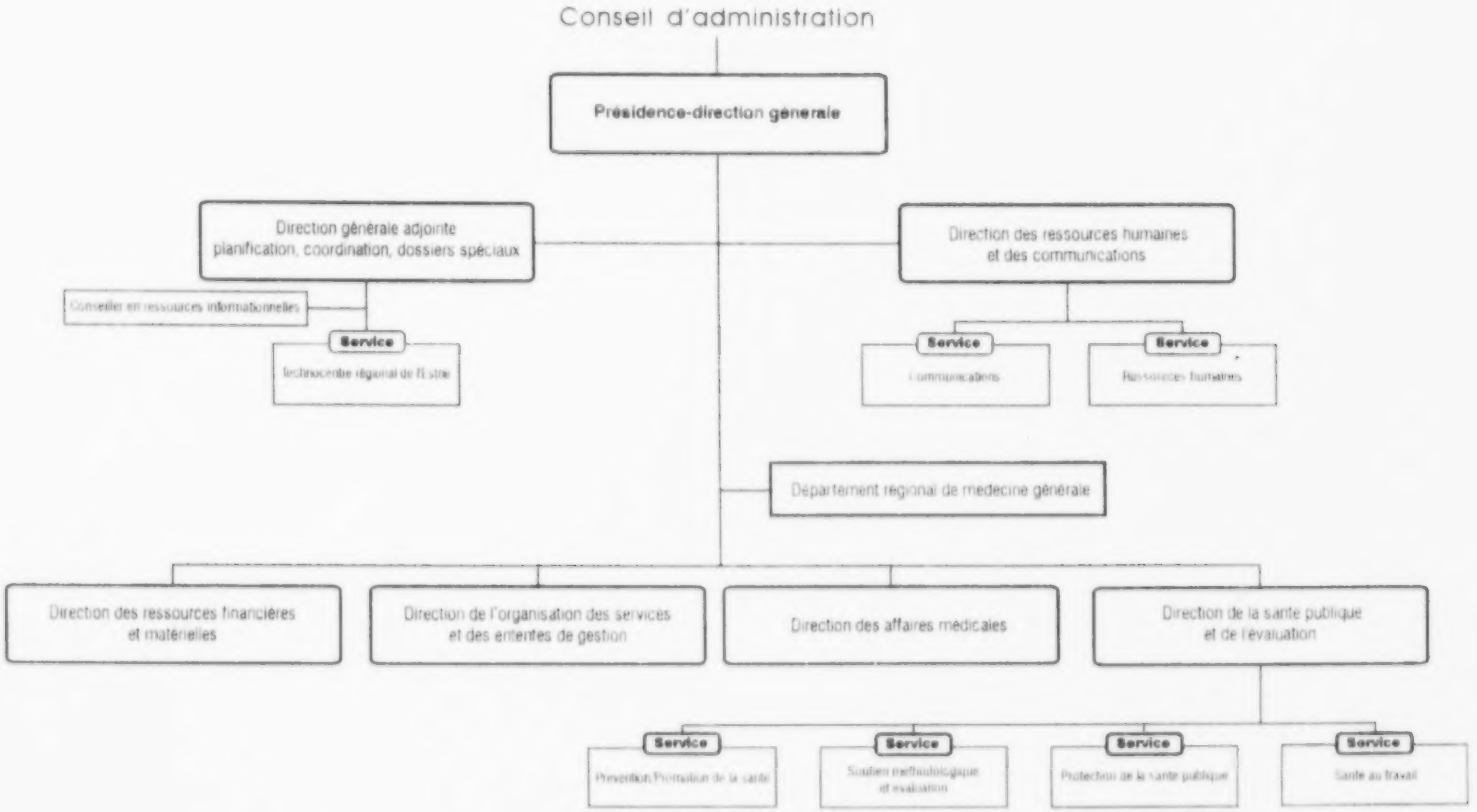
Organismes communautaires	2003-2004 Base annuelle	2004-2005 Base annuelle
▪ Le Club Étincelles de Bonheur de la MRC du Haut-St-François	34 139 $	46 508 $
▪ Le Comité de la rélève de Scotstown	8 607 $	8 736 $
▪ Le Domaine de la sobriété	92 746 $	94 137 $
▪ Le Rivage du Val-St-François	108 240 $	109 864 $
▪ Le Seuil de l'Estrie	93 564 $	134 967 $
▪ Les Fantastiques de Magog	47 807 $	48 524 $
▪ Les Grands frères et les Grandes soeurs de Sherbrooke	7 367 $	7 478 $
▪ Les Jeunes du coin d'Ascot	65 976 $	66 966 $
▪ Les Cuisines collectives du Haut-St-François	23 219 $	31 079 $
▪ Les Soupapes de la bonne humeur	55 091 $	55 917 $
▪ Les Tabliers en folie	46 919 $	47 623 $
▪ Ligue La Lèche de l'Estrie	10 329 $	- $
▪ Maison de la famille de Sherbrooke	36 912 $	1 619 $
▪ Maison de la famille Memphrémagog	51 029 $	13 666 $
▪ Maison des grands parents de Sherbrooke	13 505 $	3 558 $
▪ Maison des jeunes de Fleurimont	8 000 $	8 120 $
▪ Maison des jeunes de Waterville «Les Pacifistes»	24 511 $	24 879 $
▪ Maison des jeunes l'Initiative	65 976 $	66 966 $
▪ Maison Jeunes-Est	145 488 $	147 671 $
▪ Marraine Tendresse de l'Estrie	-	2 000 $
▪ Moisson-Estrie	33 551 $	34 054 $
▪ Moment-HOM - Centre d'entraide pour hommes de l'Estrie	-	2 000 $
▪ Naissance-Renaissance Estrie	63 904 $	69 340 $
▪ Parrainage civique de l'Estrie (jeunesse)	13 912 $	14 121 $
▪ Parrainage civique de l'Estrie (personnes âgées)	-	3 500 $
▪ Points Jeunesse du Granit	69 371 $	77 257 $
▪ Pro-Def Estrie	35 507 $	65 533 $
▪ Rayon de soleil de l'Estrie (personnes âgées)	14 902 $	15 126 $
▪ Regroupement des organismes communautaires Estrie	48 925 $	49 659 $
▪ Réseau d'appui aux familles monoparentales de l'Estrie	81 506 $	14 220 $
▪ Réseau d'amis de Sherbrooke et des environs	3 620 $	3 674 $
▪ Ressources communautaires en santé mentale l'Éveil	87 064 $	88 370 $
▪ S.O.S. grossesse Estrie	54 392 $	62 538 $
▪ S.P.E.C. Tintamarre inc.	128 915 $	151 453 $
▪ Secours-Amitié (Estrie)	96 406 $	97 852 $
▪ Séjour la Bonne œuvre	169 876 $	404 349 $
▪ Sercovie (personnes âgées)	25 199 $	25 577 $
▪ Service d'interprétation pour personnes sourdes de l'Estrie	56 739 $	59 940 $
▪ Société de l'autisme et du trouble envahissement du développement de l'Estrie	21 428 $	23 749 $
▪ SPOT Jeunesse de Sherbrooke	65 976 $	66 966 $
▪ Unité DOMREMY d'Asbestos	32 499 $	32 986 $
▪ Unité DOMREMY Danville-Shipton	16 911 $	17 165 $
▪ Unité DOMREMY De Windsor	10 912 $	11 076 $
▪ Virage santé mentale	92 857 $	94 250 $
▪ Zone libre Memphrémagog	61 736 $	62 662 $
Total	**8 527 816 $**	**9 200 257 $**

Nombre d'organismes soutenus en 2004-2005 : 121
(ceci exclut le Centre l'Envolée et la Ligne la Lèche de l'Estrie)

Les annexes

Annexe 1

L'organigramme de l'Agence de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux de l'Estrie au 31 mars 2005



Annexe 2

Le code d'éthique et de déontologie des administrateurs

Déclaration de principe

Considérant les fonctions des membres du conseil d'administration de la Régie régionale :

- d'identifier les priorités relatives aux besoins de la population de l'Estrie;
- de répartir équitablement les ressources mises à sa disposition;
- d'assurer une organisation des services favorisant l'accessibilité et la continuité;

Considérant la mission de la Régie régionale :

> « La Régie régionale a pour mission d'identifier les besoins de la population et de s'assurer que des conditions favorables et des mesures efficaces assurent la réponse à ces besoins; conformément à la loi, la Régie régionale vise la promotion et l'amélioration de la santé physique et psychosociale de la population estrienne, en tenant compte de l'ensemble des ressources disponibles et en concertation avec tous les partenaires »;

Considérant les valeurs de l'organisation :

- la primauté du citoyen;
- l'équité;
- la transparence;
- la reconnaissance;
- l'utilisation optimale des ressources;

Les membres du conseil d'administration ont adopté le code d'éthique et de déontologie suivant pour régir leurs actions.

Note : Il s'agit du code d'éthique adopté par le conseil d'administration de la Régie régionale de la santé et des services sociaux de l'Estrie, le 8 mai 2002. Lorsque vous lisez « Régie régionale » veuillez comprendre « Agence de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux de l'Estrie ».

Devoirs et obligations

- Avant d'entrer en fonction, tout administrateur nommé au conseil d'administration doit s'engager à respecter le présent code d'éthique et de déontologie et signer à cet effet l'annexe 1 du présent code. La notion d'administrateur désigne les membres nommés au conseil d'administration et s'étend au président-directeur général ou à la présidente-directrice générale de la Régie régionale de l'Estrie.

- Les administrateurs doivent agir dans les limites des pouvoirs qui leur sont conférés avec soin, prudence, diligence et compétence, comme le ferait en pareilles circonstances une personne raisonnable, avec honnêteté, loyauté, et dans l'intérêt de la Régie régionale et de la population de la région de l'Estrie.

- Les administrateurs doivent avoir le souci d'acquérir les connaissances et de requérir l'information pertinente à la prise de leurs décisions.

- Les administrateurs doivent agir avec loyauté en adhérant aux valeurs de la Régie régionale, en utilisant un langage et un comportement appropriés et en évitant de causer du tort à l'autorité qu'ils représentent.

- Les administrateurs liés à un groupe d'intérêt peuvent le consulter et lui faire rapport, sauf si l'information est jugée confidentielle par le conseil d'administration.

- Les administrateurs doivent éviter de prendre des décisions partisanes.

- Après l'expiration de son mandat, tout administrateur continue de témoigner du respect envers la Régie régionale et son conseil d'administration.

Confidentialité et conflits d'intérêts

- Tout administrateur doit éviter tout conflit d'intérêts ainsi que toute situation susceptible de créer un conflit d'intérêts ou une crainte sérieuse de conflits d'intérêts.

- Chaque administrateur doit poser des gestes dont il peut, lorsqu'il en est tenu, discuter ouvertement et sans réserve en public.

- Aucun administrateur ne doit rechercher, pour lui ou pour son entourage, des avantages personnels ou des privilèges dans l'exercice de ses fonctions.

- Tout administrateur autre que le président-directeur général qui a un intérêt direct ou indirect dans une entreprise qui met en conflit son intérêt personnel ou celui du conseil d'administration doit, sous peine de déchéance de sa charge, dénoncer par écrit son intérêt au conseil d'administration et s'abstenir d'y siéger et de participer à toute délibération ou décision lorsqu'une question portant sur l'entreprise dans laquelle il a cet intérêt est débattue.

- Après l'expiration de son mandat, tout administrateur doit respecter la confidentialité de tout renseignement, débat, échange et discussion dont il a eu connaissance dans l'exercice de ses fonctions d'administrateur, et qui avait un caractère confidentiel.

- Avant d'entrer en fonction, tout administrateur doit signer et remettre au conseil d'administration une déclaration d'intérêt conforme à la déclaration qui apparaît à l'annexe 2 du présent code et il doit amender et compléter cette déclaration dès qu'il connaît un élément nouveau qui devrait s'y ajouter.

Activités politiques

- Conformément aux articles 20 à 26 du Règlement sur l'éthique et la déontologie des administrateurs publics (L.R.Q., c.M-30, r.01) le président du conseil d'administration ou le premier dirigeant d'un organisme qui a l'intention de présenter sa candidature à une charge publique élective doit en informer le secrétaire général du conseil exécutif.

- Le président du conseil d'administration ou le premier dirigeant d'un organisme qui veut se porter candidat à une charge publique élective doit se démettre de ses fonctions. Il doit alors demander et a droit à un congé non rémunéré à compter du jour où il annonce sa candidature.

Règles relatives aux assemblées

- L'administrateur s'engage à respecter les règlements régissant la procédure des réunions. À ce titre, il reconnaît l'autorité du président dans sa légitimité et reconnaît également la souveraineté de l'assemblée.

- L'administrateur respecte les droits et privilèges des autres administrateurs.

- L'administrateur respecte l'intégrité et la bonne foi de ses collègues; il demandera le huis-clos pour exprimer un doute sur l'intégrité et la bonne foi d'un collègue ou de toute autre personne.

- Dans le cadre d'une assemblée, l'administrateur évite d'afficher sa position par des signes extérieurs. Il attend le moment du débat pour exprimer sa position et conserve une attitude de respect et de dignité face à la présence des différents publics.

- L'administrateur a le droit de faire inscrire nommément sa dissidence au procès-verbal.

- L'administrateur évite de ternir, par des propos immodérés, la réputation de la Régie régionale et de toutes les personnes qui y œuvrent.

Intégrité

- L'administrateur ne doit pas solliciter, accepter ou exiger d'une personne pour son intérêt, directement ou indirectement, un don, un legs, une récompense, une commission, une ristourne, un rabais, un prêt, une remise de dette, une faveur ou tout avantage ou considération de nature à compromettre son impartialité, son jugement ou sa loyauté.

- L'administrateur ne doit pas verser, offrir de verser ou s'engager à offrir à une personne un don, un legs, une récompense, une commission, une ristourne, un rabais, un prêt, une remise de dette, une faveur ou tout autre avantage ou considération de nature à compromettre l'impartialité de cette personne dans l'exercice de ses fonctions.

Application du code

- Tout manquement ou omission concernant un devoir ou une norme prévu par le présent code constitue un acte dérogatoire et peut entraîner l'imposition d'une sanction.

- Toute personne qui est d'avis qu'un administrateur a pu contrevenir à la loi ou au présent code d'éthique et de déontologie en saisit le président du conseil d'administration ou, s'il s'agit de ce dernier, le vice-président.

- Le président ou le vice-président peut désigner des personnes chargées de faire enquête relativement à la situation ou aux allégations de comportements susceptibles d'être dérogatoires à l'éthique ou à la déontologie.

- À défaut par le président ou le vice-président de désigner des personnes chargées de faire enquête tel que mentionné au paragraphe 6.3, trois administrateurs peuvent demander au conseil d'administration de désigner des personnes chargées de faire enquête relativement à la situation ou aux allégations de comportements susceptibles d'être dérogatoires à l'éthique ou à la déontologie.

- L'administrateur qui est informé qu'une enquête est tenue à son sujet ne doit pas communiquer avec la personne qui a demandé la tenue de l'enquête.

- Les personnes désignées doivent adresser un rapport au président ou au vice-président du conseil d'administration.

- Le président ou le vice-président, en tenant compte des informations reçues et du rapport d'enquête le cas échéant, peut constituer un comité formé de trois administrateurs qu'il désigne.

- À défaut par le président ou le vice président de constituer le comité mentionné au paragraphe 6.7, trois administrateurs peuvent demander au conseil d'administration de désigner un tel comité formé de trois administrateurs.

- Le comité notifie à l'administrateur les manquements reprochés et la référence aux dispositions législatives ou réglementaires ou aux dispositions du code d'éthique et de déontologie. La notification informe l'administrateur qu'il peut, dans les trente jours, fournir par écrit ses observations et, sur demande, être entendu par celui-ci relativement aux manquements reprochés.

- Sur conclusion que l'administrateur a contrevenu à la loi ou au code d'éthique et de déontologie, le comité recommande aux membres du conseil d'administration d'imposer une sanction à l'administrateur concerné.

- Le conseil d'administration peut imposer toute sanction qu'il juge appropriée, incluant la réprimande, la suspension, la révocation, la déchéance de charge, le remboursement des avantages pécuniaires reçus en cas de conflits d'intérêts, le tout selon la gravité et la nature de la dérogation.

- Toute sanction doit être communiquée par écrit à l'administrateur concerné.

- Les délibérations du président, du vice-président, du comité et du conseil d'administration relatives à l'application du présent titre sont conduites à huis-clos et sont confidentielles. Seules l'existence et la nature de la sanction imposée et le nom de l'administrateur visé pourront être rendues publiques.

- Les personnes qui effectuent une enquête ainsi que celles chargées de déterminer et d'imposer les sanctions ne peuvent être poursuivies en justice en raison d'actes accomplis de bonne foi dans l'exercice de leurs fonctions.

Publicité du code

- La Régie régionale doit rendre accessible un exemplaire du code d'éthique et de déontologie des administrateurs à toute personne qui en fait la demande.

- Le rapport annuel de la Régie régionale doit faire état :
  - du nombre et de la nature des signalements reçus,
  - du nombre de cas traités et de leur suivi,
  - de leur décision ainsi que du nombre et de la nature des sanctions imposées,
  - des noms des personnes ayant été suspendues, révoquées ou déchues de charge.

Agence
de développement
de réseaux locaux
de services de santé
et de services sociaux

Québec
Estrie

300, rue King Est, bureau 300
Sherbrooke (Québec) J1G 1B1